

广东医科大学附属医院

门诊处方笺



费别: 诊疗卡号: 医疗证/医保卡号:

姓名: 性别: 年龄: 体重: kg

门诊/住院病历号: 科别:

开具日期: 身份证号:

住址: 电话:

代办人姓名: 身份证号:

临床诊断:

Rp

x

Sig:

嘱托:

x

Sig:

嘱托:

医师 (签章): 处方合计:

审核药师: 调配药师/士: 核对药师: 发药药师:

取药人:

本处方仅限园内

打印时间: