

فرم تحویل دارو مخدر به بیمار

نام و نام خانوادگی: سن : شماره پرونده : ماه درمان :

ردیف	تاریخ	دوز مصرفی در مرکز	دوز منزل دریافتی	کل دارو	مهر و امضا پزشک	نام و امضا پرستار	اثر انگشت بیمار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							
۲۱							
۲۲							
۲۳							
۲۴							
۲۵							
۲۶							
۲۷							
۲۸							
۲۹							
۳۰							
۳۱							
				جمع کل داروی دریافتی ماه			