

Stm 財團法人天主教聖馬爾定醫院

管制(麻醉)藥品登記單

藥品：_____ 劑量：_____ 劑型：_____ 日期：_____ 單位：_____

床 號	病人姓名	病歷號碼	處方醫師	給藥劑量	給藥日期	給藥人姓名	丟棄者(註明劑量) 二人簽名
藥師簽名：			核對人簽名：			數量：	