

災害用処方せん

--

医療救護所等の名称

患者	氏名		男・女
		大・昭・平・令 年 月 日生	
	交付年月日	令和 年 月 日	

医師の氏名

所属する医療機関の名称

処方

備考

調剤済
年月日

令和 年 月 日

薬剤師氏名