

# 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