

※この災害用処方箋は医療救護所内の調剤所用です。

災害用処方箋

2部複写

患者	氏名		男・女	医療救護所の名称・所在地
	明・大・昭・平 年 月 日生			所属する医療機関の名称
交付年月日		平成 年 月 日	処方医師氏名	
処方箋の使用期間		交付の日を含めて4日以内		
処方				
考				
備考	投与日数 1日 ・ 2日 ・ 3日 ・ 4日 (○を付ける)			
調剤済年月日	平成 年 月 日	調剤した薬剤師氏名		
薬剤師の所属する組織の名称または連絡先				