崇仁醫護管理專校附設綜合醫院

藥　物　治　療　單

姓名:　　床號:　　病歷號:　　出生日期:

藥　物　名　稱	劑量	途徑	日期/時間/簽名	日期/時間/簽名	日期/時間/簽名
			月　　日	月　　日	月　　日

正楷書寫全名	簽名	正楷書寫全名	簽　名	正楷書寫全名	簽　　名