

处 方 笺

医 院 名 称 :科 别 :处 方 日 期 :

患 者 姓 名 :性 别 :年 龄 :*门诊号/住院号:

临 床 诊 断 :

药品名称	剂型	规格	用量	用法	数量
------	----	----	----	----	----

R:

医 师 签 字 / 签 章 :药 师 签 字 :

注：1、请遵医嘱服药；2、处方日期起有效期 30 日，逾期无效；3、标*内容为非必要填写内容；4、本处方笺为“钇朵小红花”钇[90Y]微球注射液患者救助项目专用处方；