藥品處方簽

病患姓名:

就診醫院:

身分證字號:

看診日期:

處方藥物:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 藥品名稱 | 用量 | 頻次 | 途徑 | 天數 | 總量 |
| TAGRISSO (osimertinib) | 1 | QD | PO | 30 | 30 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

處方醫師(簽名/蓋章):