

服药委托登记单

____年____月____日

姓 名		班 级		服药委托人	
疾病名称					
药品名称	药品性状		服药次数	服药期间	服 药 量
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
忌用食物					
注意事项 服药时间					

家长签字：_____



服药委托登记单

____年____月____日

姓 名		班 级		服药委托人	
疾病名称					
药品名称	药品性状		服药次数	服药期间	服 药 量
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
	颗粒粉末 <input type="checkbox"/> 瓶装液体 <input type="checkbox"/> 片剂 <input type="checkbox"/>			饭前 <input type="checkbox"/> 饭后 <input type="checkbox"/>	
忌用食物					
注意事项 服药时间					

家长签字：_____

