様式４

　　　　　　　　　　　　　　**処　　方　　箋**

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女（西暦　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳 |
| 診療記録番号 |  |
| ＊保険証番号 |  |

|  |
| --- |
| 処方内容 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医師（署名） |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　災害　）石川DPAT

37