**儿科**

四 川 省 地 矿 局 四 0五 医 院

**处 方 签**

门诊/住院病历号 科室/病区 病位号

姓名 性别 年龄 48 岁 月 天

开具日期 费别

临床诊断

R.

医师 金额

药师（审核、核对、发药 药师/士（调配