ใบสั่งจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า (นพ., ทพ., ทพญ.) .....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม/เวชกรรม เลขที่ .....ขอสั่งจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ดังรายการต่อไปนี้

Triprolidine 2.5 mg+Pseudoephedrine 60 mg/tablet จำนวน .....เม็ด

Triprolidine+Pseudoephedrine syrup(1.25mg+30mg/5ml,60ml/bot) จำนวน .....ขวด

ให้แก่ (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ ..... ปี

ที่อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้สั่งจ่ายยา

ลงวันที่.....