



ใบสั่งจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
รพ. ทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Lorazepam 0.5 mg/tablet จำนวนเม็ด

ให้แก่ (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ ปี
ที่อยู่เลขที่ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้สั่งจ่ายยา
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

FR-PMC-224 Version 0 Effective 30/3/2569 P. 1/1



ใบสั่งจ่ายยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
รพ. ทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Lorazepam 0.5 mg/tablet จำนวนเม็ด

ให้แก่ (ชื่อผู้ป่วย)..... อายุ ปี
ที่อยู่เลขที่ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้สั่งจ่ายยา
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

FR-PMC-224 Version 0 Effective 30/3/2569 P. 1/1