روز ..... مورخ ...../...../.....

ردیف	نام و نام خانوادگی کد آیداتیس شماره پرونده	نوع دارو میزان داروی تحویلی به بیمار						T.H		هزینه دریافتی (تومان)	امضا یا اثر انگشت
		شربت متادون	Tab 40m	Tab 20m	Tab 5m	Tab B2 ……	شربت OT	هفتگی	روزانه		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											