（附件四）

（202表）

麻醉管制藥品登記卡
Narcotic and Contolled Drug Record

Waid

日期 Date 年 Year 月 Month	品名 Item

日 Day	時刻 Hour	傷患姓名 Patient's Name	醫師簽名(蓋印章) Ordered By (Dr's Name)	護士簽字 Administered By (Signature)	消耗數 Expendi-tures	領入數 Receipts Amt 用藥局	結存 Balance

6767