**臺北醫學大學附設醫院住院試驗用藥專用處方箋**

處方日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病歷號 | 受試者編號 | 受試者姓名 | 性別 | 處方醫師 | 科別 |
|  |  |  |  |  |  |

臨床試驗編號：

試驗藥品(商品名及單位劑量)：

試驗藥品劑量及頻次：

試驗藥品編號：

用藥日期：

藥品總量：

|  |
| --- |
| 藥師蓋章/日期 |
|  |

第一聯: 藥劑部聯

請醫師詳細填寫處方內容後，持本處方箋至**臨床試驗藥局**

領取藥品。

**臺北醫學大學附設醫院住院試驗用藥專用處方箋**

處方日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病歷號 | 受試者編號 | 受試者姓名 | 性別 | 處方醫師 | 科別 |
|  |  |  |  |  |  |

臨床試驗編號：

試驗藥品(商品名及單位劑量)：

試驗藥品劑量及頻次：

試驗藥品編號：

用藥日期：

藥品總量：

|  |
| --- |
| 藥師蓋章/日期 |
|  |

第二聯: 主持人聯

請醫師詳細填寫處方內容後，持本處方箋至**臨床試驗藥局**

領取藥品。