แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน

แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน	แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน
หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย	หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย
แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน	**แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน**
หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย	หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย
แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน	**แบบฟอร์มเบิกยา / วชย. ฉุกเฉิน**
หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย	หน่วยที่เบิก.....วันที่.....เวลา..... ชื่อผู้ป่วย.....HN..... ชื่อยา 1.....จำนวน..... ชื่อยา 2.....จำนวน..... ชื่อยา 3.....จำนวน..... หมายเหตุ..... **แพ้ยา**..... .... ผู้เบิก ผู้จ่าย