....شنبه مورخ ... /.... /. ۹۰

«فرم دفاتر ثبت روزانه مراکز درمان با داروهای آگونیست»

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده	**شماره پرونده**	**دوز روزانه(mg)**	**دوز منزل تحویل داده شده(mg)**	**تاریخ تحویل** (... /... /..۹ لغایت .../.../..۹۰)	**هزینه پرداختی**	**محل امضا یا اثر انگشت بیمار**
جمع کل داروی خروجی مرکز :			(mg)	**موجودی داروی مرکز :**	(mg)	

نام ونام خانوادگی ومحل امضای پرستار مرکز

محل مهرو امضای مسئول فنی مرکز