

Рецептурный бланк формы № 107-1/у

Исходящий № _____

Врач _____

Пациент _____

Диагноз _____

Наименование препарата _____

Дозировка _____

Способ применения _____

Срок действия _____

Подпись _____

Место _____

Дата _____



Capsule
Prescription
Ear drops
Eye drops
Cotton
Iodine

Ointment
Powder

Vitamin
Tablet
Mustard plaster

