**การจัดยา Drug Packet และตรวจสอบซ้ำ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วดป.** | **ชื่อ-สกุล ผป.** | **สูตรยา/ขนาดยา** | **ผู้จัด** | **ผู้ตรวจสอบ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **คลินิกวัณโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข...............**