附件

 （医疗卫生机构）

慢性病连续处方笺（外配处方）

姓名 性别 年龄 人员类别

门诊号 科别

地址 电话

临床诊断

开方日期 年 月 日

Rp

 医 生：

药费

 收 费 配药药师：

 盖 章 复核药师：

注意：1.慢性病连续处方根据有关规定由患者自愿申请开具；

 2.慢性病连续处方须在上一次剩余用药量不超过7日（含）内再次提出申请；

 3.期间如果病情发生变化，请及时就医。

本人已充分了解慢性病连续处方政策及注意事项，要求开具慢性病连续处方。 处方申请人：