

药学结构化面试、专业技能测试范围

一、处方审核（共 20 题）

1-1

| | | | | | |
|-------------------|--|-----------------|------------|-----------------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：急诊科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | | 年龄 | 3 岁 |
| 临床诊断： | R： 5%葡萄糖注射液 25ml 静脉滴注 q12h 急性上呼吸道感染 注射用盐酸头孢吡肟 0.5g | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

1-2

| | | | | | |
|-------------------|--|-----------------|------------|-----------------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：心血管内科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | |
| 临床诊断： | R： 卡托普利 25mg*21 片 25mg tid po 高血压病 高钾血症 | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

1-3

| | | | | | |
|-------------------|-------------------|----|--------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：XXXX 科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 6 岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 多动症 | 盐酸醋哌甲酯片 10mgX30 片 | | | | |
| 过敏试验： | 用法：10mg 口服 qd | | | | |
| | | | 医师签名（盖章）：XXX | | |
| 金额： | 审核/调配签名（盖章）： | | 核对/发药签名（盖章）： | | |

1-4

| | | | | | |
|-------------------|------------------|----|-----------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：呼吸 科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 18 岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 1. 带状疱疹 | 0.9%氯化钠注射液 100ml | | | | |
| 2. 上呼吸道感染 | 注射用阿昔洛韦 1.0g | | 静脉滴注 Qd *3 | | |
| 过敏试验： | VitC 注射液 2.0g | | | | |
| | | | 医师签名（盖章）：XXX | | |
| 金额： XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-5

| | | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|-----------------|---|-----------------|------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：心血管内科 | | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 王 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 | |
| 临床诊断： | R: | | | | | |
| 高血压 | 缬沙坦胶囊 80mg*7 粒 2 盒 80mg qd po | | | | | |
| | 螺内酯片 20mg*100 片 30 片 20mg bid po | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额： XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-6

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-----------------|---|-----------------|------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：消化内科 | | | | 病历号_ 00004 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 商 XX | 性别 | 女 | 年龄 | 28 岁 | 备注（无） |
| 临床诊断： | R: | | | | | |
| Zollinger-Ellison 综合征 | 0.9%氯化钠注射液 100ml | | | | | |
| | 注射用奥美拉唑钠 40mg | | | | | |
| | 每次 40mg, TID, 静脉滴注 | | | | | |
| | 法莫替丁片 20mg 5 盒 | | | | | |
| | 每次 20mg, BID, PO | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额： XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-7

| | | | | | |
|-------------------|--|-----------------|------------|-----------------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：急诊科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 31 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 心衰、冠心病 | 0.9%氯化钠注射液 100ml 青霉素 G 钠针 160 万单位 静脉滴注 qd | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

1-8

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------|------------|--------------|------------------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：XXXX 科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 陈 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 上呼吸道感染 | 瑞舒伐他汀片 20mg*14 1 盒 60mg, qd , po | | | | |
| 高脂血症 | 克拉霉素片 250mg*6 2 盒 250mg, bid, po | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： | | 审核/调配签名（盖章）： | | 核对/发药签名（盖章）： | |

1-9

| | | | | | | |
|----------------------|--|----|-----------------|------------------|------|--|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：XXXX 科 病历号_ 00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | | |
| 姓名 | 王 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 15 岁 | |
| 临床诊断： | R： 甲磺酸左氧氟沙星片 100mg*12 2 盒 100mg, qd, po 氨茶碱片 0.1g*30 1 瓶 0.1g, tid, po | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额： XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

1-10

| | | | | | | |
|----------------------|---|----|-----------------|------------------|------|--|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：XXXX 科 病历号_ 00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 63 岁 | |
| 临床诊断： | R： 5%葡萄糖注射液 100ml 注射用阿奇霉素 0.5g 静脉滴注 tid *3 | | | | | |
| 上呼吸道感染 | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 过敏试验： | | | | | | |
| 金额： XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

1-11

| | | | | | | |
|-------------------|------------------------------|-----------------|---|------------------|------|--|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：急诊科 病历号_00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 | |
| 临床诊断： | R： | | | | | |
| 上呼吸道感染 | 左氧氟沙星沙星胶囊 0.1g*2 盒 0.4 po qd | | | | | |
| 慢性胃炎 | 硫糖铝 0.25g*20 盒 0.5g po tid | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-12

| | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------|---|------------------|------|--|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | | |
| 科别：急诊科 病历号_ 00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 | |
| 临床诊断： | R： | | | | | |
| 痛风性关节炎 | 0.9%氯化钠注射液 250ml 静脉滴注 qd *1 | | | | | |
| | 阿洛西林 6g | | | | | |
| 过敏试验：青霉素（-） | 0.9%氯化钠注射液 250ml | | | | | |
| | 注射用克林霉素酯 1.2g 静脉滴注 qd *1 | | | | | |
| | 地塞米松磷酸钠注射液 4mg | | | | | |
| 双氯芬酸钠缓释胶囊 50mg po bid*12 | | | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-13

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|----|-----------------|-------------|-----|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：XXXX 科 病历号_ 00001 | | | | xxxx年xx月xx日 | |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 女 | 年龄 | 35岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 妊娠高血压， 感冒伴痛风 | 阿司匹林泡腾片 500mgx10片 1盒 500mg prn po | | | | |
| | 依那普利 10mgx20片 3盒 20mg tid po | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-14

| | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|----|-----------------|-------|-----|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：XX科 病历号_ 00001 | | | | xxxx年 | |
| xx月xx日 | | | | | |
| 姓名 | 李XX | 性别 | 男 | 年龄 | 85岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 胃溃疡 | 奥美拉唑镁肠溶片 10mg*7片/盒 3盒 10mg, bid, po | | | | |
| | 头孢地尼胶囊 0.1g*10粒/盒 3盒 0.1g, tid, po | | | | |
| | 阿卡波糖片 50mg*30片/盒 1盒 50mg tid, po | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-15

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|-------|-----|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：XX科 病历号_ 00001 | | | | xxxx年 | |
| xx月xx日 | | | | | |
| 姓名 | 赵XX | 性别 | 男 | 年龄 | 36岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 胃溃疡（A1） | 奥美拉唑肠溶胶囊 20mg*7粒/盒 1盒 20mg, qd, po | | | | |
| 反流性食管炎 | 多潘立酮片 10mg*30片/盒 1盒 10mg, tid, po | | | | |
| | 莫沙比利片 5mg*30片/盒 1盒 5mg, tid, po | | | | |
| | 胶体果胶铋胶囊 100mg*36粒 1盒 100mg, tid, po | | | | |
| 过敏试验： | | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XX | | | |

1-16

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|-------------|-----|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：XXXX科 病历号_ 00001 | | | | xxxx年xx月xx日 | |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 男 | 年龄 | 78岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 支气管炎 | 头孢克洛缓释胶囊 0.125g×60粒 0.5 tid po | | | | |
| | 氨茶碱片 0.1g×30片 0.2g tid po | | | | |
| | 复方甲氧那明胶囊 1ff×60粒 2ff tid po | | | | |
| 过敏试验： | | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

1-17

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|----|------------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码: 00000000 | | | | | |
| 科别: **** | | | 病历号: ***** | | ****年**月**日 |
| 姓名 | *** | 性别 | 男 | 年龄 | 52岁 |
| 临床诊断: | R: | | | | |
| 脑梗死 | 阿司匹林肠溶片 0.1g*30片 1盒 0.1g, tid, po | | | | |
| 高血压病 | 瑞舒伐他汀钙片 10mg*7片 3盒 10mg, qn, po | | | | |
| | 盐酸贝那普利片 10mg*14片 2盒 10mg, qd, po | | | | |
| | 厄贝沙坦片 0.15g*7片 3盒 0.15g, qd, po | | | | |
| 过敏试验: | 医师签名(盖章): *** | | | | |
| 金额: *** | 审核/调配签名(盖章): *** | | 核对/发药签名(盖章): *** | | |

1-18

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|----|------------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码: 00000000 | | | | | |
| 科别: 急诊科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 男 | 年龄 | 20岁 |
| 临床诊断: | R: | | | | |
| 手外伤 | 依替米星 0.2g | | | | |
| 左手中指屈肌 | 0.9%生理盐水 100ml bid ivgtt 5天 | | | | |
| 断裂 | 克林霉素 1.8g | | | | |
| | 5%GS 500ml qd ivgtt 5天 | | | | |
| 过敏试验: | 医师签名(盖章): XXX | | | | |
| 金额: XXX | 审核/调配签名(盖章): XXX | | 核对/发药签名(盖章): XXX | | |

1-19

| | | | | | |
|------------------------|--|----|-----------------|------------|------|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：内分泌科 | | | | 病历号_ 00001 | |
| XXXX | | | | | |
| 年 xx 月 xx 日 | | | | | |
| 姓名 | 赵 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 72 岁 |
| 临床诊断： 2 型糖尿病 高血压 | R： 格列美脲片 2mgx15 片 2 盒 2mg Bid 普萘洛尔片 10mgx100 片 1 瓶 10mg po tid 硝苯地平缓释胶囊 20mgx30 片 2 盒 20mg po Bid | | | | |
| 药物过敏：磺胺 类药物过敏史 | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

1-20

| | | | | | |
|--------------------------------|---|----|-----------------|------------|-----|
| 定点医疗机构编码：00000000 | | | | | |
| 科别：儿科 | | | | 病历号_ 00001 | |
| XXXX 年 xx 月 xx 日 | | | | | |
| 姓名 | 赵 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 1 岁 |
| 临床诊断： 荨麻疹 肾功能不全 | R： 氯雷他定片片 10mgx12 片 1 盒 5mg 晨起顿服 | | | | |
| 药物过敏：（ 注：肌酐清除率 <30ml/min | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额： XXX | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | |

二、用药交代（共 20 题）

2-1

| | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|----|-----|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | xxxx 年 xx 月 |
| 科别：XX 科 病历号_ 00001 | | | | | | |
| xx 日 | | | | | | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 6 岁 | |
| 临床诊断： | R: | | | | | |
| 肠炎 | 蒙脱石散 3g*10 袋 1 盒 3g tid po | | | | | |
| | 双歧杆菌活菌胶囊 0.35g*20 粒 1 盒 0.35g bid po | | | | | |
| | 头孢克洛干混悬剂 0.125g*6 袋 2 盒 0.25g tid po | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | | |

2-2

| | | | | | | |
|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|----|------|--------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | xxxx 年 |
| 科别：心血管内科 病历号_ 00001 | | | | | | |
| xx 月 xx 日 | | | | | | |
| 姓名 | 刘 XX | 性别 | 女 | 年龄 | 60 岁 | |
| 临床诊断： | R: | | | | | |
| 房颤 | 华法林片 2.5mg*60 片 30 片 2.5mg qd po | | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | | |

2-3

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：XX科 | | | | 病历号_ 00001 | |
| xxxx年 | | | | | |
| xx月xx日 | | | | | |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 十二指肠球部 溃疡 幽门螺杆菌感 染 | 埃索美拉唑镁肠溶片 | | 20mg*7 8盒 | 20mg, bid, po | |
| | 阿莫西林胶囊 | | 0.5g*24 2盒 | 1.0g, bid, po | |
| | 克拉霉素片 | | 0.25g*8 5盒 | 0.5g, bid, po | |
| | 胶体果胶铋 | | 0.2g*24 1盒 | 0.2g, bid, po | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 过敏试验： | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-4

| | | | | | |
|--------------------|-------|-----------------|--------------|-------------------|-----|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：内 分 泌 科 | | | | 病 历 号 _____ 00001 | |
| xxxx年xx月xx日 | | | | | |
| 姓名 | 王XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 2型糖尿病 高血脂症 | 阿卡波糖片 | | 50mg*30 3盒 | 每次100mg, TID, PO | |
| | 瑞格列奈片 | | 0.5mg*30片 2盒 | 每次1片, TID, PO | |
| | 辛伐他汀片 | | 40mg*7 2盒 | 每次40mg, QD, PO | |
| 过敏试验： | | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-5

| | | | | | |
|----------------------|--|---------------------------------|---|------------------|------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：呼吸内科科 病历号_ 00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 |
| 临床诊断： 慢性阻塞性肺 病 | R： 布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂(50/500) 1 支 1 吸 吸入 bid | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-6

| | | | | | |
|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|------------------|------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：呼吸内科科 病历号_ 00001 | | | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 女 | 年龄 | 41 岁 |
| 临床诊断： 支气管哮喘 | R： 硫酸沙丁胺醇气雾剂 14g 1 支 1 揿， tid | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-7

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|-----------------|---|-----------------|-----|----------------|--|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | | |
| 科别：XX科 | | | | 病历号_00001 | | xxxx年xx月xx日 | |
| 姓名 | 姜XX | 性别 | 男 | 年龄 | 58岁 | | |
| 临床诊断： | | R： | | | | | |
| 冠心病：不稳定 | | 硝苯地平控释片 | | 30mg*7 | 2盒 | 30mg, qd, po | |
| 型心绞痛：高血 | | 缬沙坦胶囊 | | 80mg*7 | 2盒 | 80mg, qd, po | |
| 压病（2级，极 | | 琥珀酸美托洛尔缓释片 | | 47.5mg*7 | 2盒 | 47.5mg, qd, po | |
| 高危） | | 单硝酸异山梨酯片 | | 20mg*48 | 1盒 | 20mg, tid, po | |
| | | 阿司匹林肠溶片 | | 0.1g*30 | 1盒 | 0.1g, qd, po | |
| 过敏试验： | | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-8

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|-----------------|---|-----------------|-----|-------------|--|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | | |
| 科别：呼吸内科科 | | | | 病历_00001 | | xxxx年xx月xx日 | |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53岁 | | |
| 临床诊断： | | R： | | | | | |
| 慢性阻塞性肺 | | 噻托溴铵吸入粉雾剂 | | 18ug*30 | 1粒 | 吸入 qd | |
| 病 | | | | | | | |
| 过敏试验： | | 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-9

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：内分泌科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 65 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 2 型糖尿病 | 盐酸二甲双胍缓释片 0.5g*64 1 盒 每次 1g, qd, PO | | | | |
| 高血压 | 缬沙坦胶囊 80mg*7 2 盒 80mg, qd, po | | | | |
| 过敏试验： | 门冬胰岛素 30 注射液 2 支 每次 20IU, bid ih | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-10

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：耳鼻喉科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 16 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 过敏性鼻炎 | 马来酸氯苯那敏 4mg*100 1 盒 4mg tid op | | | | |
| 过敏试验： | 布地奈德鼻喷雾剂 32ug/喷*120 喷 1 瓶 2 喷每鼻 bid | | | | |
| 医师签名（盖章）：XXX | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-11

| | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|-----------------|---|------------|------|------------------|--|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | | |
| 科别：心内科 | | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | |
| 姓名 | 张 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 72 岁 | | |
| 临床诊断： | R： | | | | | | |
| 冠心病、心绞痛 | 硝酸甘油片 0.5mg*7 1 盒 0.5mg po prn | | | | | | |
| 过敏试验： | | | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-12

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-----------------|---|------------|------|------------------|--|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | | | |
| 科别：儿科 | | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 | |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 12 岁 | | |
| 临床诊断： | R： | | | | | | |
| 发热 | 布洛芬混悬液（100ml：2.0g） 1 瓶 10ml po prn | | | | | | |
| 过敏试验： | | | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-13

| | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：眼科科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 女 | 年龄 | 3 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 化脓性结膜炎 | 妥布霉素滴眼液（0.3%：5ml）滴眼 1 滴 q4h | | | | |
| 过敏试验： | 红霉素眼膏（0.5%：2.5g）眼用 睡前 1 次 | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-14

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：XX 科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 姜 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 58 岁 |
| 临床诊断： | R: | | | | |
| 冠心病：不稳定 型心绞痛；高血 压病（2 级，极 高危） | 硝苯地平控释片 30mg*7 2 盒 30mg, qd, po | | | | |
| | 琥珀酸美托洛尔缓释片 47.5mg*7 2 盒 47.5mg, qd, po | | | | |
| | 氢氯噻嗪片 25mg*14 1 盒 25mg qd po | | | | |
| | 阿司匹林肠溶片 0.1g*30 1 盒 0.1g, qd, po | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-15

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|------------|-----------------|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：XX科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 王XX | 性别 | 女 | 年龄 | 67岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 老年性骨质疏松 | 维生素D钙咀嚼片 1盒 600mg po bid | | | | |
| | 阿仑膦酸钠片 1盒 70mg po 每周1次 | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-16

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：内分泌科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 张XX | 性别 | 男 | 年龄 | 61岁 |
| 临床诊断： | R： | | | | |
| 2型糖尿病 | 甘精胰岛素注射液 3ml：300iu 1支 20iu, qd, ih | | | | |
| 高脂血症 | 阿卡波糖片 50mg*30 1盒 50mg, tid po | | | | |
| | 阿托伐他汀钙 10mg*14 1盒 10mg qd po | | | | |
| 过敏试验： | 医师签名（盖章）：XXX | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX | | 核对/发药签名（盖章）：XXX | |

2-17

| | | | | | |
|---|---|--|------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码: 000000000 | | | | | |
| 科别: 内分泌科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 53 岁 |
| 临床诊断: 慢性肾脏病 5 期 甲状腺功能减退症 过敏试验: | R: 左甲状腺素钠片 50ug*100 1 盒 25ug, qd, po 多糖铁复合物胶囊 0.15g*10 3 盒 0.15g, qd, po 碳酸钙 D3 片 600mg*30 1 瓶 600mg qd po 重组人促红素注射液 2000iu*10 1 盒 2000iu, 每周 2 次, ih <div style="text-align: right;">医师签名 (盖章): XXX</div> | | | | |
| 金额: XXX | | 审核/调配签名 (盖章): XXX 核对/发药签名 (盖章): XXX | | | |

2-18

| | | | | | |
|----------------------------------|---|--|------------|----|------------------|
| 定点医疗机构编码: 000000000 | | | | | |
| 科别: XX 科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx 年 xx 月 xx 日 |
| 姓名 | 姜 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 58 岁 |
| 临床诊断: 2 型糖尿病 过敏试验: | R: 瑞格列奈片 0.5mg*60 1 盒 0.5mg, tid, po 盐酸二甲双胍片 0.25g*100 1 瓶 0.5g, tid, po 阿卡波糖片 50mg*30 1 盒 50mg tid po 盐酸吡格列酮胶囊 15mg*60 1 盒 15mg, qd, po <div style="text-align: right;">医师签名 (盖章): XXX</div> | | | | |
| 金额: XXX | | 审核/调配签名 (盖章): XXX 核对/发药签名 (盖章): XXX | | | |

2-19

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：耳鼻喉科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 14岁 |
| 临床诊断： | R： 左氧氟沙星滴耳液（0.5%：5ml） 6滴 点耳 bid | | | | |
| 外耳炎 | | | | | |
| 过敏试验： | | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |

2-20

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------|----|-------------|
| 定点医疗机构编码：000000000 | | | | | |
| 科别：感染科 | | | 病历号_ 00001 | | xxxx年xx月xx日 |
| 姓名 | 李 XX | 性别 | 男 | 年龄 | 50岁 |
| 临床诊断： | R： 异烟肼片（0.1g*100） 1盒 0.3g po qd | | | | |
| 活动性肺结核 | 盐酸乙胺丁醇片（0.25g*100） 1瓶 0.75g po qd | | | | |
| 过敏试验： | 利福平胶囊（0.15g*30） 3盒 0.6g po qd | | | | |
| 金额：XXX | | 审核/调配签名（盖章）：XXX 核对/发药签名（盖章）：XXX | | | |