

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	静脉滴注 qd *1		
	注射用克林霉素酯		1.2g			
	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 高血压病	阿司匹林肠溶片 0.1g*30片 1盒 0.1g, tid, po				
	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 左手中指屈肌 断裂	依替米星 0.2g				
	0.9%生理盐水 100ml bid ivgtt 5天				
	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 过敏试验：	R： 布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂(50/500) 1 支 1 吸 吸入 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			

2-6

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 过敏试验：	R： 硫酸沙丁胺醇气雾剂 14g 1 支 1 揿， tid 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 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
	缬沙坦胶囊		80mg*7	2盒	80mg, qd, po
	琥珀酸美托洛尔缓释片		47.5mg*7	2盒	47.5mg, qd, po
	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 病	噻托溴铵吸入粉雾剂		18ug*30	1粒	吸入 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			

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：	R:				
慢性肾脏病5期	左甲状腺素钠片 50ug*100 1盒 25ug, qd, po				
甲状腺功能减退症	多糖铁复合物胶囊 0.15g*10 3盒 0.15g, qd, po				
过敏试验：	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				
	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			

2-18

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：	R:				
2型糖尿病	瑞格列奈片 0.5mg*60 1盒 0.5mg, tid, po				
过敏试验：	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				
	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			

2-19

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：						
外耳炎	左氧氟沙星滴耳液 (0.5%: 5ml) 6 滴 点耳 bid						
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：						
活动性肺结核	异烟肼片 (0.1g*100) 1 盒 0.3g po qd						
过敏试验：	盐酸乙胺丁醇片 (0.25g*100) 1 瓶 0.75g po qd						
	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		