麻醉药品、第一类精神药品使用情况统计表

医疗机构（公章）： 填表人： 填表时间： 年 月 日

药房负责人签字：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 | 剂 型 | 规 格 | 单 位 | 总数量 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |