

換藥車藥材定期檢查表

檢查日期	檢查時間	藥品項目	有效期限年/月/日	檢查者簽名	核查者簽章
/	:	生理食鹽水	/ /		
/	:	優碘	/ /		
/	:	無菌紗布	/ /		
/	:	無菌棉籤	/ /		
/	:	痠痛噴劑	/ /		
/	:	曼秀雷敦軟膏	/ /		
/	:	外用藥膏	/ /		
/	:		/ /		
/	:		/ /		
/	:		/ /		
/	:		/ /		
/	:		/ /		

- ◎ 每月第一與第三週之星期三檢查紀錄之，如逢休假順延一天。
- ◎ 外用藥有增加時，再增列檢查紀錄之。