委托发放药物约定单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生活区域 |  | 床号 |  |
| 老人姓名 |  | 护理等级 |  |
| 委  托  事  项 | 我委托院方：  经双方协商，为 老人就医所配的药物按医嘱发放。  委托方 接收方  委托人与老人关系  年 月 日 | | |
| 备  注 | 1. 委托发放的药物非老人就医所配不予接受发放。 2. 接受药物时，应核查老人就医病历并按医嘱发放。 3. 药物的交接必须有台账记录，手续完备。 4. 由于药物引起的一切不良反应及造成的后果，责任由委托方负责。 | | |