**ตารางการแปะยา Fentanyl patch**

**ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านผือ จ.อุดรธานี**

**ชื่อ............................................................................................................HN…………………………..………………..**

**ขนาดยา Fentanyl Patch………………………………………………………………………………………………………………....**

**วันที่รับยา..................................................**

|  |
| --- |
| **เดือน.................................... ปี.............** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| **เดือน.................................... ปี.............** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |

**พยาบาลผู้ดูแล** นางภิญญดา ผิวอ่อน **โทรศัพท์ 097-1429156**