

NARCOTIC COUNT SHEET ©

Consumer _____ ID Number _____

Medication/Strength/Directions _____

Physician _____ Rx Number _____

Date	No.Rec'd	No. Disp.	Caregiver Sig.	No. Left	Time
30.					
29.					
28.					
27.					
26.					
25.					
24.					
23.					
22.					
21.					
20.					
19.					
18.					
17.					
16.					
15.					
14.					
13.					
12.					
11.					
10.					
9.					
8.					
7.					
6.					
5.					
4.					
3.					
2.					
1.					