		처		H	}-		Ž	선		
① 의료보험 ② 의료급여 ③ 산재보험 ④ 자동차보험 ⑤ 기타() 요양기관기호: 31393381										
교부번호 2024 년 10 월 25 일 ~ 제 01042					의	명	칭	푸 팀	를 내 과 의 원	
환	성 명	김현중			豆	전화번	호 0	31) 768	3-8074	
						팩스번	호 0	31) 797	7-8074	
자 주민등록번호 970201-1169612					관	e-mail주	·소 Si	utasa@	hanmail.net	
질병 분류 기호		4 9 0	처 방 브 - 의료인의 성 명	ł기룡		(세빛	#el)	면허종별 면허번호	의사 _제 24752	কু
※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.										
	처 방 의	약 품 의 명 칭		13 투œ		1일 투여횟수	총 투약일수		용 법	
	659700020 노호	르믹스정/1정		2		2	4		매와(전, 간, 후) 시	8-4-3
645604690 후로스판디정/1정				1		3	4			
650301080 옥티란정40mg/1정				1		3	4			
641607171 스타빅현탁액/20mL/포			1		2	4				
									그 레 기 뒤 그 기 둑	
			. 3 = 4	1 41 51				2	조제시참고사항	
	수사제	처방내역(원내	조체 니 , 원	년 외 자	방니				8.80世紀,科坦조路方(順) (1) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	
사용기	기간 교부	*	사용기	기간내어	약국에	제출하여야 합니다.	•			
의 약 품 조 제 내 역										
조 조제기관의명칭						처	방의 변	경•수정	•확인대체시 그 내용	} 등
제	조 제 약 사 성명 (서명또는				는 날	인)				
내	조제량(조제일수)									
역	조 제 년 월 일									