


처 방 전

교부번호	2024	년	11	월	29	일	~	제	01028
------	------	---	----	---	----	---	---	---	-------

의	명	성	푸른내과의원
료	전화번호		031) 768-8074
기	팩스번호		031) 797-8074
관	e-mail주소		sutasa@hanmail.net

질병 분류 기호	S	3	3	5	0	차 방 의 료 인 의 명 성	박기룡		면허종별	의사
	J	2	0	9	(서명) (인)				면허번호	제 24752 호

※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.

[illegible]

조제시참고사항

주사제 처방내역(원내조제 ☐ , 원외처방☐)

사용기간	교부일부터 (7) 일간
------	----------------

※ 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의 약 품 조 제 내 역

조 제 내 역	조제기관의명칭		처방의 변경·수정·확인대체시 그 내용 등
	조 제 약 사	성명 (서명또는 날인)	
	조제량(조제일수)		
	조 제 년 월 일		