[크스 시 시.	1035 11-11								
		처		ㅂ	}			전	
1 의료	보험 ②의료급여	3산재보험	4자동차보	험 5	기타() _	요양기관기호 : 31393381	
	호 2024 년 11			호	의		칭	푸 른 내 과 의 원	
화	성 명	김현중			显	전화번	호 (031) 768-8074	
자	7 레드코비수	070001_11606	10	-	기	팩스번		031) 797-8074	
	주민등록번호	970201-11696			관	e-mail	소 :	sutasa@hanmail.net	
질병 분류 기호	S 3 3	5 0	처 방 ! -의료인의	박기룡	·	(면어공일	
	J 2 0	9	성명			(서명) 면허번호 제 24/52 호	
※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.									
	처 방 의 역	약품의명칭		13 투 o		1일 투여횟수	총 투약일:	수 용 법	
671702770 아스테란캡슐/1캡슐						3	5	매하(전, 산, 후) 최 분복	
648100560 록소날정/1정						3	5		
694001910 시클러캡슐250mg(내복)/1캡슐						3	5		
	694003750 위캡경	정40mg(내복)/1	정			1	5		
		. M M M M M M M M M M M M M M M M M M M							
								조 제 시 참 고 사 항	
	주사제 처	방내역(원내	조제 🗆 ,	원외치	방[])			
	조제시참고사항 주사제 처방내역(원내조제 □ , 원외처방□)								
								N S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	
	~~~~						1200000		
								00 □I~	
				+					
-11.0	191 - 141	H=1 / 7	10]=1			21.0	7] 7] 1]	제 아그제 제초됩시자 하나라	
사용기	기간 교부일	구덕 (							
	크레리카이라카	의	악 품		2	-			
조 조제기관의명칭					L 1.1.		장의 5	건경·구경·확인내세시 그 내통 중	
1	지 <mark>조 제 약 사 성명</mark> (서명또는 날인) 내 조제량(조제일수)								
1									
7	소 제 년 월 일		원내조제 □ , 원외처방□)  7 )일간 ※ 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다. 의 약 품 조 제 내 역  처방의 변경·수정·확인대체시 그 내용 등						