

처 방 전

①의료보험 ②의료보호 ③산재보험 ④자동차보험 ⑤기타() 요양기관기호 :

교부 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호	의 료 기 관	명 칭	
환 자	성 명	홍길동		전화번호	() -
	주민등록번호	123456-1234567		팩스번호	
				e-mail주소	

질병 분류 기호					처 방 의료인의 성 명	1.1.1.1.1.1.1. (서명 또는 날인)	면허종별	
							면허번호	제 호

※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.

처방 의약품의 명칭	1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용 법
다보타민규정	1	3	3	매식(전,간,후) 시 분복용
레모나틴정	1	3	3	
몬테리진캡슐	1	3	3	
미카펜정	1	3	3	
				조제시 참고사항

1.1.1.1.1.1.2. 주사제 처방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)				

사용기간	교부일부터 ()일간	사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.
------	-------------	-----------------------

의약품 조제내역

조 제 내역	조제기관의 명칭			처방의 변경.수정.확인. 대체시 그 내용 등
	조제약사	성명	(서명 또는 날인)	
	조 제 량 (조제일수)			
	조제연월일			