

처 방 전

[]건강보험 []의료급여 []산업재해보험 []자동차보험 []기타()

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

요양기관기호:

| | | | | | | |
|----------------|--------|----------------|------------------|------|----------------|-----|
| 발급 연월일 및 번호 | | 년 월 일 - 제 호 | 의료 기관 | 명 칭 | | |
| | | | | 전화번호 | (010)1234-0003 | |
| 환자 | 성 명 | 박지훈 | | 팩스번호 | | |
| | 주민등록번호 | 010701-1xxxxxx | | 전자우편 | | |
| 질병 분류 기호 | | | 처방 의료인의 성명 | | 면허종류 | |
| | | | (서명 또는 날인) | | 면허번호 | 제 호 |

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

| 처방 의약품의 명칭 및 코드 | 1회 투 약량 | 1일 투여횟수 | 총 투약일수 | 본인 부담률 구분코드 | 용 법 | |
|---------------------------------------|------------|------------|-----------|-------------------|-------|------|
| 알레르기 비염약 | 1정 | 1회 | 14일 | | 취침 전 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 주사제 처방명세([]원 내 조제, []원 외 처방) | | | | | 조제 시 | 본인부담 |
| | | | | | 참고 사항 | 구분기호 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

사용기간: 발급일부터 ()일간 사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제 명세

| | | | |
|----------|---------------|---------------------|-----------------------------|
| 조제 명세 | 조제기관의 명칭 | | 처방의 변경·수정·확인·대체 시 그 내용 등 |
| | 조제약사 | 성명 (서명 또는 인) | |
| | 조제량 (조제일수) | | |
| | 조제연월일 | | |

| | |
|------------------|--|
| 항 목 설 명 | 1. 본인부담률 구분코드: 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 적습니다. (구분코드) ▪ A: 100분의 50 본인부담, B: 100분의 80 본인부담, D: 100분의 30 본인부담 ▪ U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담, V: 보훈 등 100분의100 본인부담, W: 비급여(보훈만 해당) |
| | 2. 본인부담 구분기호: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 산정특례 대상 특정기호 등을 적습니다. |