

처 방 전

1 건강보험 **2** 의료급여 **3** 산업재해보험 **4** 자동차보험 **5** 기타() 요양기관기호:

교부 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호		의료 기관	명 칭	
환자	성 명	김예림			전 화 번 호	(010)1234 - 4321
	주 민 등 록 번 호	-			팩 스 번 호	
					e-mail	

질 병 분 류 기 호						처 방 의료인의 성 명 (서명 또는 날인)	면 허 종 별	
							면 허 번 호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	용 법
				매식(전, 간, 후) 시 분 복용
				조제시 참고사항
				바코드 표시
주사제 처방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)				

사 용 기 간 교부일로부터 ()일간 ※ 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의 약 품 조 제 내 역

조제 내역	조제기관의 명 칭			처방의 변경 · 수정 · 확인 · 대체시 그 내용 등
	조 제 약 사	성명	(서명 또는 인)	
	조 제 량 (조제일수)			
	조제연월일			