

처방전

2025-10-27

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

교부 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호		의 료 기 관	명 칭	의료법인 정산의료재단 효성병원, 한방과	
환자	성 명		임예린		전화번호		
	주민등록번호		931125-1523785		팩스번호		
질병 분류 기호	B	3	4	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별	
	N	3	9			면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
푸시딘연고		1정	2회	5일	매식(전,간,후) 시 분복용
판피린		10ML	2	7일	필요 시 복용
돌페리돈정 10mg		5ml	3	5일	
니조랄크림 2%		1정	3	14일	
					조제시 참고사항
주사제	처방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)				

사용기간 교부일부터 ()일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품조제내역

조 제 내 역	조제기관의 명칭			처방의 변경 · 수정 · 확인 · 대체시 그 내용 등
	조제약사	성명	(서명 또는 날인)	
	조제량 (조제일수)			
	조제연월일			

