

# 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		전화번호					
			팩스번호					
	주민등록번호				e-mail주소			
질병 분류 기호						처 방 의료인의 성 명	(서명 또는 날인)	
							면허종별	
							면허번호	제 호

※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

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

사용기간 교부일부터 ( )일간      사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

## 의 약 품 조 제 내 역

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

