

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	재단법인베스티안재단베스티안 병원, 정형외과	
환 자	성 명		배하윤		전화번호		
					팩스번호		
	주민등록번호		950424-2903186		e-mail주소		
질병 분류 기호	N	4	0	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별	
	E	6	6			면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭			1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
판토프라졸정 40mg			10ml	3	7일	매식(전,간,후) 시 분복용
프레가발린정 75mg			10ml	1	14	필요 시 복용
부타디온겔			2정	3	7일	
글리메파리드정 2mg			1정	2	14	
						조제시 참고사항
주사제 치방내역(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				

