

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, 내과	
환 자	성 명			최하은	전화번호	
	주민등록번호			910214-2634342	팩스번호	
질병 분류 기호	J 0 1	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	e-mail주소	면허종별	
R 0 7				면허번호	제 호	

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

사용기간 교부일부터 ()일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품조제내역

	조제기관의 명칭			처방의 변경·수정·확인· 대체시 그 내용 등
조제 내역	조제약사	성명	(서명 또는 날인)	
	조제량 (조제일수)			
	조제연월일			

