

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 내과	병원,	
환 자	성 명		김소현		전화번호			
					팩스번호			
	주민등록번호		960713-1498161		e-mail주소			
질 병 분 류 기 호	H	5	3	처 방 의료인의 성 명	(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	용 법
타이레놀 500mg			1정	1회	14일	매식(전,간,후) 시 분복용
타이레놀 500mg			1정	2회	5일	하루 1회, 저녁 식후
타이레놀 500mg			1정	3회	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				

