

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	재단법인베스티안재단베테인 소아청소년과	병원,	
환자	성 명		한소현		전화번호			
					팩스번호			
	주민등록번호		890630-2448874		e-mail주소			
질병 분류 기호	K	2	1	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별		
	E	1	1			면허번호	제 호	

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
피나스테리드정 5mg		5ml	2	7일	매식(전,간,후) 시 분복용
푸시딘연고		2정	2회	5일	필요 시 복용
탐스로신정 0.4mg		10ml	2회	14	
나조넥스스프레이 50mcg		5ml	1회	7일	
					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				

