

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	건국대학교 충주병원, 내과	
환 자	성 명		임민지		전화번호		
					팩스번호		
	주민등록번호		931213-1822762		e-mail주소		
질병 분류 기호	K	2	9	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별	
	I	1	0			면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
시프로플록사신점안액		10ML	3	30일	매식(전,간,후) 시 분복용
도큐세이트 100mg		5ml	2회	7일	필요 시 복용
트리메토프림/설파메톡사졸정		5ml	2회	14	
플루메토론점안액 0.1%		10ML	1	5일	
					조제시 참고사항

주사제 치방내역(원내조제 , 원외처방)

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				

