

처방전

2025-10-27

① 의료보험 ② 의료보호 ③ 산재보험 ④ 자동차보험 ⑤ 기타() 요양기관기호 :

교부 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호	의 료 기 관	명 칭	의료법인송암의료재단마이크로재활병원, 재활의학과		
환 자	성 명			배지은	전화번호		
					팩스번호		
	주민등록번호			960313-1906629	e-mail주소		
질 병 분류 기호	M	5	1	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별	
E	0	3				면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

사용기간 교부일부터 ()일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품조제내역

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

