

병 원 처 방 전

※ 국비진료대상자(전액국비부담) 보훈번호(                      )

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

교부번호				의 료 기 관	명      칭		
환 자	성                      명				전화번호		
	주민등록번호				팩스번호		
					e-mail주소		
질병 분류 번호		처      방 의료인의 성      명	(서명 또는 날인)			면허종별	
						면허번호	제                      호

※환자의 요구가 있을때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.

처방의약품의 명칭	1회 투약량	1회 투약횟수	총 투약일수	용                      법

주사제 처방내역 (원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/> )	조제시 참고사항

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

교부번호				의 료 기 관	명 칭		
환 자	성 명				전화번호		
	주민등록번호				팩스번호		
					e-mail주소		
질병 분류 번호		처 방 의 료 인 의 성 명		(서명 또는 날인)	면허종별		
					면허번호	제 호	

처방의약품의 명칭	1회 투약량	1회 투약횟수	총 투약일수	용 법

주사제 처방내역 (원내조제 □ , 원외처방 □ )				조제시 참고사항