

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	의료법인 자산의료재단 제천서울병원, 내과		
환자	성 명		한소현		전화번호			
					팩스번호			
	주민등록번호		890417-1429363		e-mail주소			
질병 분류 기호	H	1	1	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)		면허종별	
	M	2	5				면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭				1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
오메프라졸 20mg				10ML	3회	30일	매식(전,간,후) 시 분복용
하이드로코르티손 10mg				1정	3회	14일	하루 3회, 아침/점심/저녁
로사르탄 50mg				1정	1회	5	
오메프라졸 20mg				10ML	2회	7	
							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				

