

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 내과	병원,	
환 자	성 명		서민서		전화번호			
					팩스번호			
	주민등록번호		920211-1778542		e-mail주소			
질 병 분 류 기 호	H	1	1	처 방 의료인의 성 명	(서명 또는 날인)		면허종별	
	B	9	7				면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용 법
타다라필 정 5mg		1정	1	14	매식(전,간,후) 시 분복용
에스트로겐페치 0.05mg		2정	3회	30일	필요 시 복용
케토롤락주사제 30mg/mL		1정	1회	5일	
아세트아미노펜시럽 160mg/5mL		1정	3	5일	
					조제시 참고사항
주사제 처방내역(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				

