

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 | 청주의료원, 응급의학과 | |
| 환자 | 성 명 | | 오민지 | | 전화번호 | | |
| | 주민등록번호 | | 921125-2665961 | | 팩스번호 | | |
| 질병 분류 기호 | H | 5 | 4 | 처방 의료인의 성명 | (서명 또는 날인) | 면허종별 | |
| | L | 2 | 0 | | | 면허번호 | 제 호 |

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

| 처방 의약품의 명칭 | | 1회 투약량 | 1일 투여 횟수 | 총 투약일수 | 용법 |
|--|--|-----------|----------------|-----------|-----------------|
| 클로트리마졸크림 1% | | 1정 | 1 | 5일 | 매식(전,간,후) 시 분복용 |
| 판토프라졸정 40mg | | 5ml | 1 | 30 | 하루 1회, 아침 식후 |
| 라니티딘정 150mg | | 10ML | 3 | 7일 | |
| 카바마제핀정 200mg | | 10ml | 2회 | 7일 | |
| | | | | | 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 | | | | |

