

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	의료법인한마음의료재단 하나병원, 신경내과			
환자	성 명		유지우			전화번호			
						팩스번호			
	주민등록번호		960827-1835340			e-mail주소			
질병 분류 번호	K 2 1			처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별			
	E 6 6					면허번호		제 호	

* 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류번호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭			1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
리도카인주 2%			1정	2	7일	매식(전,간,후) 시 분복용
						필요 시 복용
						조제시 참고사항
주사제 처방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)						
사용기간 교부일부터 ()일간			사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.			

의약품 조제내역

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

