

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 | 주덕성모외과, 외과 | |
| 환 자 | 성 명 | | | 최예린 | | 전화번호 |
| | 주민등록번호 | | | 950308-1698560 | | 팩스번호 |
| | | | | | | e-mail 주소 |
| 질 병 분류 | A | 0 | 9 | 처방 의료인의 (서명 또는 날인) | 면허종별 | |
| 기호 | E | 6 | 6 | 성명 | 면허번호 | |
| | | | | | 제 호 | |

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

사용기간 교부일부터 ()일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품조제내역

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

