

병 원 처 방 전

※ 국비진료대상자(전액국비부담) 보훈번호()

[1]의료보험 [2]의료보험 [3]산재보험 [4]자동차보험 [5]기타() 요양기관번호 :

| | | | | | | |
|----------------|------------------|--|------------|------------------|----------|-----|
| 교부번호 | | | | 의 료 기 관 | 명 칭 | |
| 환 자 | 성 명 | | | | 전화번호 | |
| | 주민등록번호 | | | | 팩스번호 | |
| | | | | | e-mail주소 | |
| 질병 분류 번호 | 처방 의료인의 성명 | | (서명 또는 날인) | | 면허종별 | |
| | | | | | 면허번호 | 제 호 |

※ 환자의 요구가 있을때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

| 처방의약품의 명칭 | | 1회 투약량 | 1회 투약횟수 | 총 투약일수 | 용법 |
|-----------|--|-----------|------------|-----------|----|
| | | | | | |

| 주사제 처방내역 (원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>) | | | | 조제시 참고사항 |
|---|--|--|--|----------|
| | | | | |