

## 처방전

2025-10-27

①의료보험 ②의료보호 ③산재보험 ④자동차보험 ⑤기타( ) 요양기관기호 :

|                |        |             |                |                  |            |                |     |
|----------------|--------|-------------|----------------|------------------|------------|----------------|-----|
| 교부 연월일<br>및 번호 |        | 년 월 일 - 제 호 |                | 의<br>료<br>기<br>관 | 명 칭        | 충북대학교병원, 영상의학과 |     |
| 환자             | 성 명    |             | 박지윤            |                  | 전화번호       |                |     |
|                | 주민등록번호 |             | 901222-2372195 |                  | 팩스번호       |                |     |
| 질병<br>분류<br>기호 | H      | 5           | 4              | 처방<br>의료인의<br>성명 | (서명 또는 날인) | 면허종별           |     |
|                | R      | 1           | 0              |                  |            | 면허번호           | 제 호 |

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

| 처방 의약품의 명칭   |             | 1회<br>투약량             | 1일<br>투여<br>횟수 | 총<br>투약일수 | 용법              |
|--|-------------|-----------------------|----------------|-----------|-----------------|
| 하이드로코르티손 10mg  |             | 5ml                   | 2              | 14        | 매식(전,간,후) 시 분복용 |
| 로사르탄 50mg  |             | 2정                    | 2              | 5일        | 필요 시 복용         |
| 아목시실린 500mg  |             | 10ML                  | 1회             | 7         |                 |
| 조제시 참고사항   |             |                       |                |           |                 |
| 주사제 치방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/> ) |             |                       |                |           |                 |
| 사용기간   | 교부일부터 ( )일간 | 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다. |                |           |                 |

## 의약품조제내역

|                  |               |    |            |  |                                  |
|------------------|---------------|----|------------|--|----------------------------------|
| 조<br>제<br>내<br>역 | 조제기관의<br>명칭   |    |            |  | 처방의 변경 · 수정 · 확인 ·<br>대체시 그 내용 등 |
|                  | 조제약사          | 성명 | (서명 또는 날인) |  |                                  |
|                  | 조제량<br>(조제일수) |    |            |  |                                  |
|                  | 조제연월일         |    |            |  |                                  |

