

처방전

2025-10-28

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 | 의료법인 정산의료재단 효성병원, 내과 | |
| 환 자 | 성 명 | | | 최하은 | 전화번호 | |
| | | | | | 팩스번호 | |
| | 주민등록번호 | | | 910130-2935296 | e-mail주소 | |
| 질병 분류 기호 | R 5 J | 1 0 3 | 처방 의료인의 성명 | (서명 또는 날인) | 면허종별 | |
| | | | | | 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 내역 | 조제약사 | 성명 | (서명 또는 날인) | |
| | 조제량 (조제일수) | | | |
| | 조제연월일 | | | |

