

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	충북대학교병원, 영상의학과		
환 자	성 명			조예린	전화번호		
					팩스번호		
	주민등록번호			911108-1720832	e-mail주소		
질 병 분 류	L	2	3	처 방 의료인의 성 명	(서명 또는 날인)	면허종별	
기 호	B	3	4			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				

