

## 처방전

2025-10-27

[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	청주의료원, 재활의학과	
환자	성 명		서민지		전화번호		
	주민등록번호		920403-1824603		팩스번호		
질병 분류 번호 기호	J	0	3	처방 의료인의 성명	(서명 또는 날인)	면허종별	
	N	1	8			면허번호	제 호

※ 환자의 요구가 있는 때에는 질병분류번호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용법
오메가3캡슐		1정	3	5	매식(전,간,후) 시 분복용
플루메토론점안액 0.1%		10ml	3	30일	하루 1회, 저녁 식후
프로게스테론캡슐 100mg		1정	1	5일	
시프로헵타딘정		1정	3	5	
					조제시 참고사항
주사제	처방내역(원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/> )				

사용기간 교부일부터 ( )일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

## 의약품조제내역

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

