

## 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        | 청주의료원, 외과 |     |
| 환자             | 성 명    |             | 임예린            |                  | 전화번호       |           |     |
|                | 주민등록번호 |             | 931125-1495693 |                  | 팩스번호       |           |     |
| 질병<br>분류<br>기호 | F      | 4           | 3              | 처방<br>의료인의<br>성명 | (서명 또는 날인) | 면허종별      |     |
|                | L      | 2           | 9              |                  |            | 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              |
|--|--|-----------|----------------|-----------|-----------------|
| 프레드니솔론정 5mg  |  | 1정        | 1회             | 7         | 매식(전,간,후) 시 분복용 |
| 디클로페낙겔 1%  |  | 10ml      | 2회             | 30일       | 하루 3회, 아침/점심/저녁 |
| 부프로피온정 150mg   |  | 5ml       | 2회             | 14        |                 |
| 암로디핀정  |  | 5ml       | 1회             | 5일        |                 |
|  |  |           |                |           | 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         |    |            |                                  |  |

