

병 원 처 방 전

※ 국비진료대상자(전액국비부담) 보험번호()

☎ 의료보험 ☎ 의료보험 ☎ 산재보험 ☎ 자동차보험 ☎ 기타() 요양기관번호 :

교부번호				의 료 과	명 칭		
환 자	성 명				전화번호		
	주민등록번호				팩스번호		
					e-mail주소		
질병 분류 번호		처 방 의료인의 성 명		(서명 또는 날인)	면허종별		
					면허번호	제 호	

※환자의 요구가 있을때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방의약품의 명칭	1회 투약량	1회 투약횟수	총 투약일수	용 법
주사제 처방내역 (원내조제 <input type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)				조제시 참고사항