

처 방 전



(고객보관용)

) 요양기관번호: 11100958

☒ 국민건강보험 ☐ 의료급여 ☐ 산재보험 ☐ 자동차보험 ☐ 기타

교부번호	2022 년 05 월 18 일 - 제 821 호			의	명 칭	삼 성 서 울 병 원	
환 자	성 명	신동현	09725015	료	주 소	서울특별시 강남구 일원로 81	
	주민등록번호	761013-1405411		기	전화번호	1599-3114	
				관	팩스번호	(02) 3410-3359	
질병 분류 기호	Z01.0_H57.9			처방의 성 명	임동희 OPH	면허종별	의사
				본원	면허번호	제	94715 호

* 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.

환자주소 :

표준코드	처방의약품의 명칭	본인 부담률 구분코드	1회 투여량	1일 투여 횟수	총 투약 일수	총 량	용법 및 참고사항
650102453	싸이포린엔 점안액 0.05% 0.4ml	비급여	EA	2	1	30	양눈에 넣으세요
670607661	카이닉스2 점안액 0.18% 0.5ml	비급여	EA	6	1	180	양눈에 넣으세요
***** 이하여백 *****							


조제 시 참고사항

본인부담 구분기호

용법 및 참고사항에 지정된 약으로 조제하는 경우 반드시 “대체” 혹은 “변경” 처리 하십시오.

처방전 사용기간

2022 년 06 월 02 일까지 사용가능 *사용기간 내에 병원 외부 약국에 제출

조 제 내 역	조 제 기 관 명	연 락 처		 <small>위 변조 방지용 비코드</small>
	조 제 약 사	(서명 또는 날인)		
	조제량(조제일수)	조제년월일		
	처방의 변경 · 수정 · 대체 내용			

해당 진료과의 다음 예약일은

2022 년 07 월 20 일입니다.