

처 방 전											
① 의료보험    ② 의료급여    ③ 산재보험    ④ 자동차보험    ⑤ 기타(    )    요양기관번호: 31400949											
교부 연월일 및 번호			2024년 04월 07일 제 00000호			의료기관	명칭		테스트 병원		
환자	성명		최환자				전화번호		021234567		
	주민등록번호		001109-1234567				팩스번호		029876543		
							e-mail		test_hospital@naver.com		
질병분류기호	ABCDEF		처방의 성명		최의사 (서명 또는 날인)		면허종별		내과 의사		
							면허번호		12339		
※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.											
처방 의약품의 명칭						1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약 일수	급여구분	용 법	
[200808876]가스디알정50밀리그램(디메크로틴산마그네슘)						1.0	3	3		매식 30분 후 복용	
[200809402]리피논정80밀리그램(아토르바스타틴칼슘삼수화물)						1.0	3	3			
										조제 시 참고사항	
주사제 처방내역( 원내조제 □, 원외처방 □ )											
사용기간		교부일부터 (    3    )일간 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.									
의약품 조제내역											
조제내역	조제기관의 명칭								처방의 변경·수정·확인·대체시 그 내용 등		
	조제약사	성명									
	조제량 (조제일수)										
	조제연월일										