

처 방 전										
① 의료보험    ② 의료급여    ③ 산재보험    ④ 자동차보험    ⑤ 기타(    )    요양기관번호: 31400949										
교부 연월일 및 번호			2024년 04월 17일 제 00000호			의료기관	명칭		테스트 병원	
환자	성명		최환자				전화번호		021234567	
	주민등록번호		001109-1234567				팩스번호		029876543	
					e-mail		test_hospital@naver.com			
질병분류기호			처방의성	방의명	최의사 (서명 또는 날인)	면허종별		내과 의사		
						면허번호		12339		
※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.										
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	
[200808877]페라트라정2.5밀리그램(레트로솔)					1.0	3	3			
[200808948]졸렘속통정(졸피뎀타르타르산염)					1.0	3	3			
[200809076]가스프렌정(모사프리트시트르산염이수화물)					1.0	3	3			
주사제 처방내역( 원내조제 □, 원외처방 □ )									조제 시 참고사항	
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									