


원외처방전

교부 연월일		2023-04-04		의 료 기 관	명 칭		
환 자	성 명	박지은			전화번호		
	주민등록번호		921019-21111111				
질 병 명	상아질 우식		처방 의료인의 성명	박지은		면허번호	1234123
※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.							
처방 의약품의 명칭				1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	
세프진시럽(세프프로질)				1	2	3	
키도림티30산				1	2	3	
주사제							
사용기간	교부일부터 3 일간			사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.			