

원외처방전

교부 연월일				의 료 기 관	명 칭		
환 자	성 명				전화번호		
	주민등록번호						
질 병 명		처방 의료인의 성명				면허번호	
	※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.						
처방 의약품의 명칭			1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수		
주사제							
사용기간	교부일부터 일간		사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.				