

원외처방전



교부 연월일		2023-04-12		의 료 기 관	명 칭	대덕치과병원	
환 자	성 명	박승배			전화번호	306-82-05291	
	주민등록번호		980801-1222222				
질 병 명	법랑질 우식		처방 의료인의 성명	보라매		면허번호	432143214313
※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.							
처방 의약품의 명칭				1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	
한방신황고카타플라스마				1	1	5	
세프지신캡슐(세프proz클린) 프레마린캡슐(결합형에스트로 겐)				1	1	5	
				1	1	5	
주사제							
사용기간	교부일부터 5 일간			사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.			