

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	치수 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		
키도림티30산			1	2	5		
히알플러스주(히알루론산나트륨)			1	1	5		
주사제							
사용기간	교부일부터 5		일간		사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.		

