|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **처 방 전**  1□의료보험 2□의료보호 3□산재보험 4□자동차보험 5□기타( ) 요양기관기호 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 교부 연월일  및 번호 | | | | | | 2025년05 월 23 일 | | | | | 의료기관 | | 명 칭 | | | | 해피이비인후과 | | |
| 환  자 | 성명 | | | | | 정서윤 | | | | | 전화번호 | | | | 010-9456-8392 | | |
| 팩스번호 | | | |  | | |
| 주민등록번호 | | | | | 011201-4567893 | | | | | e-mail주소 | | | | ghdkf123@gmail.com | | |
| 질병  분류  기호 | | |  |  |  |  |  | 처 방  의료인의  성 명 | 임 수종 | | | | | | | | 면허종별 | |  |
|  |  |  |  |  | 면허번호 | | 제 호 |
| ※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 처방 의약품의 명칭 | | | | | | | | | 1회 투약량 | 1일투여횟 | | | | 총투약일수 | | | | 용 법 | |
| A02X2 otillen\_tab | | | | | | | | | 1 | 3 | | | | 1 | | | | 매식(전,간,후) 시 분복용 | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| 조제시 참고사항 | |
| 주사제 처방내역(원내조제 □, 원외처방 □) | | | | | | | | | | | | | | | | | | 꽃가루알레르기 | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |
| 사용기간 | | | | 교부일부터 ( 7 )일간 | | | | | | | | 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다. | | | | | | | |
| **의 약 품 조 제 내 역** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 조제 내역 | | 조제기관의 명칭 | | | | 오늘의약국 | | | | | | | | | | 처방의 변경·수정·확인·  대체시 그 내용 등 | | | |
| 조제약사 | | | | SS유형석 | | | | | | | | | |  | | | |
| 조 제 량  (조제일수) | | | | 3(4) | | | | | | | | | |
| 조제연월일 | | | | 2025-05-23 | | | | | | | | | |