

처방전

의료보험 의료보호 산재보험 자동차보험 기타() 요양기관기호 :

교부 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호		의 료 기 관	명 칭	똑딱정형외과	
환 자	성 명		김한나		전화번호	042-222-8202	
	주민등록번호		971221-2192846		팩스번호	070-8768-2972	
					e-mail주소	ody0225@naver.com	
질병 분류 기호	H 2 0 8	처방	의료인의 성 명		면허종별 (서명 및 날짜) 	면허번호	의사 제 231114-0851 호
	H 4 0 4 2	처방	의료인의 성 명				

※환자의 요구가 있는 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.

처방 의약품의 명칭		1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약일수	용 법
아스피린		111	11	1	매식(전,간,후) 시 분복용
이부프로펜		222	22	2	
록소프로펜		333	3	3	
					조제시 참고사항
주사제 처방내역 (원내조제 <input checked="" type="checkbox"/> , 원외처방 <input type="checkbox"/>)					
스테로이드 주사		1	1	1	

사용기간 | 교부일부터 (4)일간 | 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의 약 품 조 제 내 역

조 제 내 역	조제기관의 명칭				처방의 변경 수정 확인 대체시 그 내용 등
	조제약사	성명	(서명 또는 날인)		
	조 제 량 (조제일수)				
	조제연월일				