

처 방 전

[]건강보험 []의료급여 []산업재해보험 []자동차보험 []기타 ()

※ []에는 해당되는 곳에 “✓” 표시를 합니다.

요양기관기호:					
발급 연월일 및 번호	년 월 일 - 제 호	의료 기관	명 칭		
환자	성 명		전화번호	() -	
	주민등록번호		팩스번호		
질병 분류 기호		처방 의료인의 성명 (서명 또는 날인)		면허종류	
				면허번호	제 호

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

처방 의약품의 명칭	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	용 법	
				매 식(전, 간, 후) 시 분 복용	
주사제 처방명세([]원 내 조제, []원 외 처방)				조제 시	본인부담
				참고 사항	구분기호

사용기간	발급일부터 ()일간	사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.
------	-------------	------------------------

의약품 조제 명세			
조제 명세	조제기관의 명칭	성명 (서명 또는 인)	처방의 변경·수정·확인·대체 시 그 내용 등
	조제약사		
	조제량 (조제일수)		
	조제연월일		