


처 방 전

건강보험
 의료급여
 산재보험
 자동차보험
 기타()
 요양기관기호: 12390275

교부 연월일 및 번호		2025-05-01-00049		의 료 기 관	명 칭	골드만 비뇨의학과의원	
환 자	성 명	심형래 (580103-2)			전화 번호	02-556-7533	
	주민등록번호	580103-1056019			팩스 번호	02-556-7534	
질병 분류 기호	N401	처방의료인의 성명	류경호		 (서명)		면허종별
						면허번호	93539

※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 않습니다.

처방 의약품의 명칭	1 회 투약량	1 투회 일여수	총투약 일 수	용 법
677200160_하루날디정0.2mg(내복)(1정)	1	1	90	DPC 하루 1회 저녁식후 30분

주사제 처방내역(원내조제, 원외처방)

조제시 참고사항

--	--	--

사용기간 교부일로부터 (7) 일간 약국제출용은 사용기간내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제내역

조 제 내 역	조제기관의 명 칭			처방의 변경·수정·확인 대체시 그 내용 등
	조제 약사	성 명	(서명 또는 날인)	
	조 제 량 (조제일수)			
	조제연월일			