

처 방 전

☒건강보험 ☐의료급여 ☐산재보험 ☐자동차보험 ☐기타() 요양기관기호: 12390275

교부 연월일 및 번호		2025-02-06-00059		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	
					E-mail주소		
질병 분류 기호	N401	처방의료인의 성명	류경호		면허종별	의사	
					면허번호	93539	
※ 환자의 요구가 있을 때에는 질병분류기호를 기재하지 아니합니다.							
처방 의약품의 명칭				1 회 투약량	1 투 회 일 여 수	총투약 일 수	용 법
677200160_하루날디정0.2mg(내복)(1정) 하루날디정0.2mg(내복)(1정) DUR사유 - 환자가 미리 내원한 경우				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						