

## 대리처방 확인서

|                |   |         |
|----------------|---|---------|
| 처방전<br>수령인     | 성 명   | 전 화 번 호 |
|                | 생년월일(외국인등록번호)   | 환자와의 관계 |
|                | 주 소   |         |
| 환자             | 성 명   | 전 화 번 호 |
|                | 생년월일(외국인등록번호)   |         |
|                | 주 소   |         |
| 대리<br>처방<br>사유 | <input type="checkbox"/> 환자의 의식이 없는 경우<br><br><input type="checkbox"/> 환자의 거동이 현저히 곤란하고, 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우<br><br><input type="checkbox"/> 기 타 : _____ |         |

본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.

년      월      일

환자 또는 처방전수령인

(자필서명)