대리처방 확인서

처방전 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 처방 사유	※ 두가지 사유중 하나에 체크(√) ☐ 환자의 의식이 없는 경우 ☐ 환자의 거동이 현저히 곤란하고, 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우 *(신체적 거동이 현저히 곤란, 교정시설 수용, 군복무, 정신질환 등)*

▷ 의료법 제90조에 따라 거짓으로 처방전을 수령한 경우 500만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

▷ 본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.

(단, 대리처방 여부는 의학적 판단에 따른 의료인 재량으로 불가 할 수 있습니다.)

년 월 일

환자 (자필서명)

처방전수령인 (자필서명)

■ 구비 서류 : 환자와 대리수령자 신분증, 관계 증명 서류(가족관계증명서 등)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]