

<b>대리처방 확인서</b>		
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	<input type="checkbox"/> 환자의 의식이 없는 경우 <input type="checkbox"/> 환자의 거동이 현저히 곤란하고 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우 <input type="checkbox"/> (한시적 허용) 자가격리자, 만성질환자, 노약자, 고위험환자 등	
본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.		
_____ 년      월      일 환자 또는 처방전수령인 (자필서명)		

### < 처방전 대리처방 요건 및 구비서류 안내 >

구 분	세부 내용
대리처방 요건	① 환자의 의식이 없는 경우 ② 환자의 거동이 현저히 곤란하고 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우 ※ 사회적 거동이 현저히 곤란한 경우 : 교정시설 수용자, 정신질환자, 치매 노인 등 ※ 의료인의 의학적 판단에 따라 안전성을 인정하는 경우만 대리처방이 가능하며, 의료인은 판단에 따라 대리처방을 거절할 수 있음.
대리처방이 가능한 보호자 범위	① 부모 및 자녀 ② 배우자 및 배우자의 부모 ③ 형제·자매 ④ 사위, 며느리 ⑤ 노인의료복지시설 종사자 ⑥ 그밖에 보건복지부장관이 인정하는 사람(교정시설 직원, 장애인복지법에 따른 장애인거주시설 종사자 등) ⑦ 환자의 주 보호자로서 ①환자의 건강상태를 잘 알고 있고 ②평소 진료시에도 동행하여 주치의가 대리 상담하여 처방 가능하다고 판단한 경우
구비서류	① 대리처방 확인서(환자 또는 보호자 모두 작성 가능) ② 환자 신분증(사본 가능) ③ 대리인 신분증(사본 가능) ④ 관계를 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록 등본 등)