

진 단 서

원부대조필 인



담 당 의: _____

진단서 번호: _____

환자의 성명		주민등록번호	
환자의 주소			
병명			한 국 질 병 분 류 번 호
발 병 일		진 단 일	
향 치 의 후 료 견			
비 고		용 도	
<p>위와 같이 진단함</p> <p>발 행 일 :</p> <p>의 료 기 관 명 : 대덕 아작(나)스 병원</p> <p>주 소 및 명 칭 : 대전시 중구 계룡로 846, 3-4층</p> <p>전 화 : 042 - 123 - 4567 FAX : 070 - 1234 - 5678</p>			