

향후 치료비 추정서

발 급 번 호 :

주 소 :

성 명 :

주 민 등 록 번 호 :

진 단 명 :

치 료 내 용 :

注 : 치료의 술식은 中等 치료를 기준으로 함.
진료수가는 본 원의 수가를 기준으로 함.

치 료 기 간 : 약 일간(통원치료)

상기의 치료기간과 치료비용이 소요될 것으로 추정함.
(단, 합병증이 없는 경우에 한함)

발 행 일 :

병 원 주 소 :

병 원 명 : 전 화 :

면 허 번 호 : 성 명 : (인)