|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 진 단 서 | | |  | **원부대조필 인** |
|  |
| 병록번호 | |  |  |  |  |
| 연 번 호 | | 주민등록번호 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 환자의 성명 | {0} | 성별 | {1} | | 생년  월일 | | | {2} | | | 연  령 | 만 23세 |
| 환자의 주소 | {3} 전 화 : 010-3208-7343 | | | | | | | | | | | |
| 병 명    □ 임상적추정    □ 최종진단 | 감기 | | | | | | | | | 한 국 질 병  분 류 번 호  {4} | | |
| 발 병 일 | {5} | | | 진 단 일 | | | {6} | | | | | |
| 향 후  치 료  의 견 | {7} | | | | | | | | | | | |
| 비 고 |  | | | | | 용 도 | | |  | | | |
| **위와 같이 진단함**  **발 행 일 : {8}**  **의 료 기 관 명 : {9}**  **주 소 및 명 칭 : 경기도 수원시 장안구 천천동 324-1**  **전 화 및 FAX : 031-1120-2313**  **면 허 번 호 제 {10}호 의사성명 {11} 인** | | | | | | | | | | | | |