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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 환자의 성명 | {name} | 성별 | 남.여 | | 생년  월일 | | | 년 월 일 | | | 연  령 | 만 세 |
| 환자의 주소 | s 전 화 : | | | | | | | | | | | |
| 병 명    □ 임상적추정    □ 최종진단 |  | | | | | | | | | 한 국 질 병  분 류 번 호 | | |
| 발 병 일 | 년 월 일 | | | 진 단 일 | | | 년 월 일 | | | | | |
| 향 후  치 료  의 견 |  | | | | | | | | | | | |
| 비 고 |  | | | | | 용 도 | | |  | | | |
| **위와 같이 진단함**  **발 행 일 : 20 년 월 일**  **의 료 기 관 명 : ○○ 대학병원**  **주 소 및 명 칭 : ○○시 ○○구 ○○동 ○○ - ○○**  **전 화 및 FAX :**  **면 허 번 호 제 호 의사성명 인** | | | | | | | | | | | | |