

[서식8]

의사소견서

발행번호: _____

등록(병록)번호		성 명	
주 소			
생년월일		성 별	연 령
최초 진단 연도	_____년		
진 단 명			
치료기간			
소견내용	(본원 외 타 병원에서 진단을 받았을 경우, 진단받은 병원에서 소견서 확인 후 작성할 수 있도록 함)		
사용목적			
<p>발행일 : _____</p> <p>소재지 : _____</p> <p>전화 및 팩스 : _____</p> <p>의료기관 : _____</p> <p>면허번호 : _____ 의사성명 : _____ [인]</p>			