

[서식8]

의사소견서

발행번호: _____

등록(병록)번호		성명	
주소			
생년월일		성별	연령
최초 진단 연도	_____년		
진단명			
치료기간			
소견내용	<i>(본원 외 타 병원에서 진단을 받았을 경우, 진단받은 병원에서 소견서 확인 후 작성할 수 있도록 함)</i>		
사용목적			
발행일 : _____			
소재지 : _____			
전화 및 팩스 : _____			
의료기관 : _____			
면허번호 : _____ 의사성명 : _____ [인]			