

주치의 소견서

성명		성별	남, 여	생년월일	년 월 일	연령	만 세
병명 <input type="checkbox"/> 임상적추정 <input type="checkbox"/> 최종진단						한국질병 분류번호	
발병일	년 월 일	진단일	년 월 일				

1. 상기 환자가 처음 내원했을 당시 주 호소는 무엇인지요?

2. 상병의 상태를 알기 위해 시행한 검사 및 검사결과는 어떠한지요?

 ■ 검사명 :

 ■ 검사결과 :

3. 상기 환자에게 처방된 비급여 투약 및 주사제 관련하여 질의입니다.

[참고사항] 식품의약품안전처 內 허가받은 효능·효과
 글루니케주 : 두드러기 습진 알레르기성 피부질환 약물중독의 보조요법 만성간질환
 의 간기능 개선

질의내용

식품의약품안전처의 허가받은 효능·효과로 사용
사유 :

그 외 사용
사유 :

4. 향후 치료계획(상기 비급여 약물의 투여횟수 및 기간 등)은 어떻게 되는지요?

위와 같이 진료를 소견함.

발행일 : 20 년 월 일

의료기관명 :

진료과 :

면허번호 : 제 호 의사성명 : (인)