[서식 4]

# 진 료 확 인 서

| | | | |
|---|---|---|---|
| **① 환자 성명** | | **② 생년월일** | |
| **③ 병명** | 크론병 | **④ 최초 진단일** | |
| **⑤ 향후 치료 의견** | 상기 환자는 (　　)개월 동안, 1일 1포의<br>특수조제분유( ☐모노웰 ☐엘리멘탈028 )가 필요함 | | |
| **⑥ 용도** | 보건소 제출용 | | |

발급일자 :　　년　　월　　일

의료기관명 :
진 료 과 목 :
면 허 번 호 :
의 사 성 명 :　　(서명/인)

※ 집중치료기간 경과 후 특수조제분유를 추가로 지원받고자 하는 크론병 환아는 본 진료확인서를 진료병원에서 **6개월**마다 발급받아 관할 보건소에 제출해야 하며, 진료확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.