[서식 4]

진료확인서

① 환자 성명		② 생년월일	
③ 병명	크론병	④ 최초 진단일	
⑤ 향후 치료 의견	상기 환자는 (　　)개월 동안, 1일 1포의 특수조제분유(□**모노웰** □**엘리멘탈** □**뉴케어 IBD 아미노**)가 필요함		
⑥ 용도	보건소 제출용		

발급일자 :　　년　　월　　일

의료기관명 :
진료과목 :
면허번호 :
의사성명 :　　(서명/인)

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