

진단결과 및 퇴원조치결과 통보서

접수번호	접수일	처리기간	7일
------	-----	------	----

신청인	성명	생년월일	전화번호
	(남, 여)		
주소			

피신청인	성명	생년월일	전화번호
	주소		

진단의뢰 일자	진단의뢰기관
---------	--------

환자 또는 보호의무자에 대한 요청 사항·일시 및 결과(구체적으로 적으십시오)

피신청인에 대한 진단	병명	진단연월일
	소견	
	면허번호:	전문의사명: (서명 또는 인)

퇴원일(퇴원 조치한 경우)

「정신보건법」 제25조제3항, 같은 법 시행령 제6조제4항 및 같은 법 시행규칙 제15조제2항에 따라 위와 같이 진단결과 및 퇴원조치결과를 통보합니다.

년 월 일

국·공립정신의료기관의 장
종합병원의 장

인

시장·군수·구청장 귀하