

雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11

電話：(05)5354088

傳真：(05)5332336

E-mail：ylcm@seed.net.tw

聯絡人：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 5 月 16 日

發文字號：(107)雲縣中醫邦字第 115 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主 旨：轉知衛生福利部擬研修「診斷證明書」格式，請於文到 1
星期內提供修正意見供參，請 查照。

說 明：依據雲林縣衛生局 107 年 5 月 8 日雲衛醫字第 1070008348
號函辦理。

理事長黃上邦

檔 號：

保存年限：

107年5月10日
收字第 167 號

雲林縣衛生局 函

機關地址：雲林縣斗六市府文路34號
聯絡人及電話：廖亦菁 (05) 5328427
傳真電話：(05) 5344076
電子郵件信箱：yls014@ylshb.gov.tw

64041

雲林縣斗六市雲林路2段211號6樓之10

受文者：雲林縣中醫師公會

發文日期：中華民國107年5月8日

發文字號：雲衛醫字第1070008348號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：衛生福利部為研議修正「診斷證明書」格式，請貴單位於文到1星期內提供修正意見供參，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部107年5月2日衛部醫字第1071662714號書函辦理。
- 二、查衛生福利部於92年10月14日衛署醫字第0920213833號公告診斷證明書格式（如附件），為使其更符合實務需求，爰研議修正。

正本：社團法人雲林縣醫師公會、社團法人雲林縣牙醫師公會、雲林縣中醫師公會、雲林縣診所協會、本縣轄內各醫院、各鄉鎮市衛生所

副本：本局醫政科

局長 吳 昭 平

國民身份證統一編號

軍人補給證號碼

號

_____醫院（診所）
診 斷 證 明 書

字第_____號

| | | | | | |
|----------------------|---|-------------|---------|----|-----|
| 姓名 | | 姓別 | | 職業 | |
| 年齡 | 歲 | 前 國 年 | 月 | 日生 | 出生地 |
| 住址 | | | | | |
| 應診日期 | 自 | 年 | 月 | 日 | 共 |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | 日 |
| 科別及 病歷號碼 | | | | | No. |
| 科 | | | | | |
| 病 名 | | | | | |
| 醫 師 囑 言 | | | | | |
| 以上病人經本院（所）醫師診斷屬實特予證明 | | | | | |
| 院長： | | | 診治醫師： | | |
| | | | 醫師證書字號： | | |
| 中華民國 | | 年 | 月 | 日 | |

◎本證明書須加蓋本院（所）印章否則無效◎

(19公分 × 27公分)