

## 입퇴원 확인서

원부대조필 인



병록번호 0-38402-1

연 번 호 2025-397

주민등록번호 810506-1163221

|                                                                                                                                                                                                        |                                                               |    |       |       |               |    |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|-------|-------|---------------|----|-----------------------|
| 환자의 성명                                                                                                                                                                                                 | 김중일                                                           | 성별 | 남     | 생년월일  | 81.05.06      | 나이 | 만 44 세                |
| 환자의 주소                                                                                                                                                                                                 | 대전광역시 대덕구 계족산로 136 506-101(송촌동, 선비마을5단지아파트) 전화: 010-9260-5486 |    |       |       |               |    |                       |
| 병명                                                                                                                                                                                                     | 목뼈의 염좌 및 긴장<br>요추의 염좌 및 긴장                                    |    |       |       |               |    | 분류기호<br>S134<br>S3350 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 임상적추정                                                                                                                                                              |                                                               |    |       |       |               |    |                       |
| <input type="checkbox"/> 최종 진단                                                                                                                                                                         |                                                               |    |       |       |               |    |                       |
| <input type="checkbox"/> 임상적진단                                                                                                                                                                         |                                                               |    |       |       |               |    |                       |
| 발 병 일                                                                                                                                                                                                  |                                                               |    | 진 단 일 |       |               |    |                       |
|                                                                                                                                                                                                        |                                                               |    |       |       |               |    |                       |
| 입 원 일                                                                                                                                                                                                  | 2025년 11월 18일                                                 |    |       | 퇴 원 일 | 2025년 11월 20일 |    |                       |
| 비 고                                                                                                                                                                                                    |                                                               |    |       | 용도    |               |    |                       |
| <p>위와 같이 입원 하였음을 확인함.</p> <p>발 행 일 2025 년 11 월 20 일</p> <p>의료 기관 하나정형외과의원</p> <p>병의원주소 대전광역시 대덕구 오정동 61-13 2층</p> <p>전화 번호 042-622-9300</p> <p>FAX 번호 042-636-5737</p> <p>면허 번호 제 41944 호 전문 의 송재기</p> |                                                               |    |       |       |               |    |                       |

