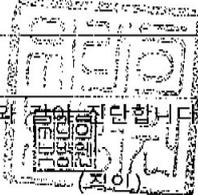


■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의2서식] <개정 2019. 9. 27.>

# 진 단 서

등록번호 0000015880		환자의 주민등록번호 530821-2150718	
연 번 호 20260209-10			
환자의 성명	현순옥		
환자의 주소	충청남도 천안시 서북구 늘푸른6길 41 (두정동, 극동늘푸른아파트) 110-902 (전화번호: 010-3644-7492 ) (S42040) 새글 몽통의 골절, 폐쇄성		
병 명 <input type="checkbox"/> 임상적 추정 <input checked="" type="checkbox"/> 최종 진단			
발병 연월일	진단 연월일		
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견	상기 진단 하에 26.2.7 관찰적 정복술 및 내고정술 시행받은 분으로 술 후 약 8주간 안 정가로 요함.		
입원·퇴원 연월일	입원일: 2026년 02월 06일	퇴원일: 2026년 02월 13일	
용 도			
비 고			
「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 진단합니다.			
의료기관 명칭: We라이브병원 주소: 충남 아산시 한들물빛6로 32 6층 성명: 유재성 전화 및 FAX: (전화) 041)427-7577 <input checked="" type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 치과의사 <input type="checkbox"/> 한의사		2026년 02월 13일  (서명 또는 인) (FAX) 041)427-7578 제 96584 호	

**진정행위**

1. 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 안료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국민·공립대학 학생증, 군부  
원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록증본·초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하  
여 확인하고 서명 또는 날인합니다.

2. "병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 [ ]에 √ 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며,  
질병분류기호도 함께 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]