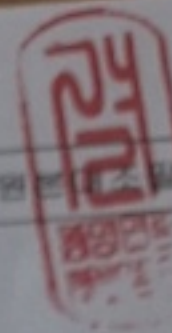


입/퇴원 확인서



발행번호 : 00000012037

주민번호 : 570606-2235119

병력번호 : 0000017980

환자의 성명	최종래	생년월일	1957년 06월 06일	전화	010-8787-5745	연령	만 67 세
환자의 주소	경기도 광명시 하안로 284 (하안동, 고층주공아파트) 1217-1204				성별	여	

병명
파열되지 않은 대뇌동맥류(1671)
경추통, 경흉추부(M5423)
관절통, 어깨부분(M2551)
수술후 회복기(Z540)

발병일 - - - 진단일 - - -

진술내용

입/퇴원기간
2025년 02월 13일 부터 2025년 02월 26일 까지 14 일간(입/퇴원)

의사소견

비고

입원일
[2025년 02월 13일] ~ [2025년 02월 26일] (14일간)

위와 같이 입원하였음을 확인함

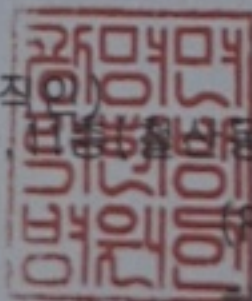
발행일 : 2025년 02월 26일

의료기관명칭 : 광명면력한방병원

의료기관주소 : 경기 광명시 철산로 16 8,9,10 (하안동)

전화 및 FAX : (전화) 02-2612-1075

면허번호 : 제 26354 호



(FAX) 02-2612-1074

의사성명 : 하정빈 인



등록번호	00057162		입 퇴 원 사 실 확 인 서				
연 번 호	2025030417920						
환자성명	최종례	주민등록번호	570606-2235119	성별	여	연령	만 67 세
주소	경기 광명시 하안로 284, 하안12단지고층주공아파트 1217-1204			전화번호	010-8787-5745		
진단명	(주)파열되지 않은 대뇌동맥류 (주)파열되지 않은 대뇌동맥류, 경동맥						한국질병 분류번호 I67.1 I67.1
입원기간	[신경외과] 2025/02/05 - 2025/02/13 상기환자는 위 기간동안 입원치료 하였음을 확인합니다.						
CAU							
비 고				용 도	보험회사제출용		
위와 같이 확인함. 발 행 일 20250304 의 료 기 관 명 중 앙 대 학 교 광 명 병 주 소 경기 광명시 덕안로110 전 화 번 호 1811-7800 F A X - 진 료 과 신경외과 면 허 번 호 28145 의사성명 오창완							

*직인 또는 원본 대조필 도장이 없는 서류는 무효임

※ 이 문서는 전자서명법에 의거 공인전자서명이 되어있습니다.

확 인 자	김민준
-------	-----

출력일자 : 2025년 03월 04일