

입원확인서

발행번호

등록번호 00294199

환자성명	김라영	성별	F	주민번호	700617-2520412
		나이	54	생년월일	19700617
주소	전북특별자치도 전주시 덕진구 석소2길 30 (우아동2가) 103-1203			연락처	010-3286-8594
상병명 : 양측 손목터널증후군					G560

상기자는 위 병명으로 2024.12.22 부터 2025.01.09 까지
본원에 (입원하였음)을 확인함.(19 일간)

발행일자 : 2025.01.09

의료기관 명칭 : 수병원

주소 : 전북특별자치도 전주시 완산구 서원로 63

전화 : 063)251-7200

팩스 : 063)714-2006

면허번호 : 제 40698 호

진료과 : 정형외과

의사서명 : 이병호

(의명 또는 인)

입 퇴 원 확 인 서

발행번호 : 2025-137333

등록번호 : 00736575

환 자 명	김라영	주민등록번호	700617 - 2520412
환자주소	전라북도 완주군 소양면 송광새터길 58-4 .		
입 원 과	신경외과		
입 원 기 간	2025-01-10 ~ 2025-01-20		
입원기간 비 고			
상 병 명	파열되지 않은 대뇌동맥류(167.1)-주진단		
비고			

위와 같이 입원사실을 확인합니다.

발 행 일 2025년 01월 20일
주 소 전북 전주시 완산구 서원로 365
의 료 기 관 재 단 법 인 예수병원
전화 및 FAX TEL. 063-230-8114 FAX. 063-230-8115

※입퇴원확인서 상병명은 실 상병명과 상이 할 수 있으므로 상세한 상병명이 필요시에는
진단서를 참조하시기 바랍니다.

입/퇴원 확인서

원본대조필



발행번호 : 00000037562

병록번호 : 0000034589

주민번호 : 700617-2520412

환자의 성명	김라영	생년월일	1970년 06월 17일	전 화	010-3286-8594	연령	만 54 세
환자의 주소	전북특별자치도 전주시 덕진구 석소2길 30 (우아동2가, 오지오아파트) 103동 1203호					성별	여
병명	손목터널증후군(G560) 파열되지 않은 대뇌동맥류(I671)						
발병일	-			진단일	-		
진술내용							
입/퇴원기간	2025년 01월 21일 부터 2025년 01월 31일 까지 11 일간(입/퇴원)						
의사소견	위 환자는 상기 상병으로 위 기간동안 입원 후 퇴원하였음을 확인합니다.						
비고	보험회사 제출용-상기 용도이외의 사용은 무효임. 입원일===== [2025년 01월 21일] ~ [2025년 01월 31일] (11일간)						

위와 같이 입원하였음을 확인함

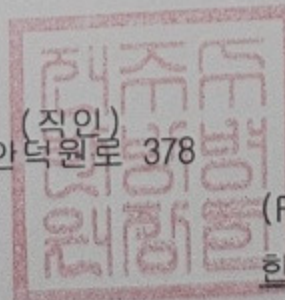
발행일 : 2025년 01월 31일

의료기관명칭 : 전주수한방병원

의료기관주소 : 전라북도 전주시덕진구 안덕원로 378

전화 및 FAX : (전화) 063-247-9999

면허번호 : 제 21980 호



(FAX) 063-247-9997

한 의사 성명 :

신광윤

