

진료확인서

원부대조필인



병록번호 : _____

연번호 : 2020 - _____

주민등록번호 : _____

환자의 성명		성 별		생년월일		년 월 일		연 령		세	
환자의 주소								전 화			
병 명	한 국 질 병 분 류 명 칭							분 류 기 호			
<input checked="" type="checkbox"/> 임상적추정 <input type="checkbox"/> 최종진단	손발톱백선							B35.1			
진 단 일	2020 년 월										
향 후	통원날짜 :										
치 료	2020년 02월 04일, 03월 09일, 04월 17일, 05월 16일, 06월 19일.(5일간)										
의 견											
치료기간	입원	년	월	일	부터	년	월	일	까지		
	통원	년	월	일	부터	년	월	일	까지		
비 고											

위와 같이 진료 하였음을 확인함.

발 행 일 : 2020년 06월 19일

의 료 기 관 : 한국플라스틱정형외과

주 소 및 명 칭 : 전라북도 전주시 덕진구 백제대로 624번지

전 화 : 063-259-9000

F A X : 063-274-9114

면 허 번 호 : 제 59562 호

의 사 성 명 : 염 정 필

