

진료확인서

등록번호
연 번 호

환자의 성명		환자의 주민등록번호	만()세
환자의 주소			
병명 []임상적추정 []최종진단		질병분류기호	
입원·퇴원 연월일	부터	까지	(일간)
통원 연월일	부터	까지	(일간) (회)
실 통원일자			
비고			
상기와 같이 진료받았음을 확인함			
년 월 일			
의료기관 명칭 :			
주소 :			
면허번호 제 호			
성명 :			

※ 의료법 제40조의3제6항에 따라 변경된 형태로 발급한 진료기록부등의 사본입니다.