

상 해 진 단 서

|                                  |                            |                |       |
|----------------------------------|----------------------------|----------------|-------|
| 등록번호                             |                            |                |       |
| 연 번 호                            |                            |                |       |
| 환 자 의 성 명                        |                            | 환자의<br>주민등록번호  |       |
| 환 자 의 주 소                        | (전화번호 : )                  |                |       |
| 병 명<br>[ ] 임상적 추정<br>[ ] 최 종 진 단 | (주 질병·부상)<br><br>(부 질병·부상) | 질병분류기호         |       |
| 발병 또는 상해 연월일                     | 년 월 일                      | 진단 연월일         | 년 월 일 |
| 상해의 원인 또는 추정되는 상해의 원인            |                            |                |       |
| 상해 부위와 정도                        |                            |                |       |
| 입원의 필요 여부                        |                            |                |       |
| 외과적 수술 여부                        |                            |                |       |
| 합병증의 발생 가능 여부                    |                            |                |       |
| 통상활동의 가능 여부                      |                            |                |       |
| 식사의 가능 여부                        |                            |                |       |
| 상해에 대한 소견                        |                            |                |       |
| 치 료 기 간                          | 년 월 일부터                    | 년 월 일까지 (진단일부터 | 일간)   |
| 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견             |                            |                |       |
| 입원·퇴원 연월일                        | 입원일: 년 월 일부터               | 퇴원일: 년 월 일까지   |       |
| 비 고                              |                            |                |       |

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제2항에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관 명칭:

주소:

[ ]의사 [ ]치과의사 [ ]한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

| 작 성 방 법                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국립·공립대학 학생증, 군무원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본·초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하여 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.                                                                           |