

진 단 서

등록번호 D20230407-0034

환자의 성명	이상모	주민등록번호	960401-1111111
환자의 주소	대전 중구 계룡로 846, 405호		
질 병 명	법랑질 우식		
발병 연월일	2023-04-07	진단 연월일	2023-04-07
치료 내용 / 향후 치료에 대한 소견	충치 제거 및 레진 온레이		
용 도	직장 제출용		

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 위와 같이 진단합니다.

의료기관 명칭: 대덕치과병원

주소: 대전 중구 계룡로 846, 대덕인재개발원 405호

치과 의사 면허번호 제 1234123

성 명: 이상혁



(서명 또는 인)

작성 방법

- 환자의 인적사항은 진찰한 의사가 주민등록증, 기간만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국공립대학 학생증, 군무원증, 의료보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본·초본, 학생증 등으로 대체 가능)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
- “질병명”란에는 “임상적 추정”과 “최종진단” 중 택일하여 []에 체크(√) 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되, 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 한국표준질병 분류번호를 기입합니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]