

장기요양 평가 보고서

성명(마스킹): 이영자

생년월일:

성별: None

입소일: None

퇴소일:

평가기간: 2025-01-01 ~ 2025-08-29

시설명: 시설요양

평가지표별 결과

교차점검 오류/누락

오류: 필수 키워드 누락: 프로그램 서명

오류: 필수 키워드 누락: 투약 기록