

▶ 등록번호: 33514021

▶ 성명: 김영숙

▶ 성별/나이: 여 / 59

## 간호초기평가

## 산.부인과

입원일	2023-02-09	작성/수정	김혜원/김영택
현주소	경기도 파주시 조리읍 봉천로 58 2층 2층	전화번호	010-2200-4680
혈액형		전화번호2	
진단명	Cervical Cancer		

## ◆ 일반정보

## - 기본정보

정보제공자	본인	결혼여부	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유	국적	대한민국
동거형태	<input type="checkbox"/> 비동거 <input checked="" type="checkbox"/> 동거 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 형제/자매: <input checked="" type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타:				
주간호제공자	자녀			연락가능한 번호	010-5957-8515
	직업	자유업	교육정도	대졸	
	종교	기독교	종교적 서비스제공 동의 여부	<input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 미해당	
문화적·종교적 특성	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()				

## - 입원정보

입원경로	외래	입원방법	도보
현재흡연	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
흡연력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 양: 갑/일 기간: 년 금연시작시기: 년 금연교육 시행여부: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유		
음주	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 종류: 양: 병/회 횟수: 회/월 기간: 년		
활력징후	혈압: 139/75mmHg 체온: 36.20 °C 맥박: 76 회/min 호흡: 18 회/min		
신체계측	체중: 59.10kg 신장: 147.40cm SpO <sub>2</sub> : <input checked="" type="checkbox"/> 해당없음		
대체요법	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
주증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
외부슬라이드	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	외부CD	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원동기	*입원동기: W/U *환자: 010-2200-4680 (nCOV: 2/9 N, NCC) (예방접종: 5차/확진이력: x) 보호자(딸: 박기쁨): 010-5957-8515(nCOV: 2/10 N, NCC) (예방접종: 4차 화이자, 등록번호: 33516700, 확진이력: X) 1> 23/1월 severe erosion, intermittent bleeding (bx: ASCUS, 비정형편평 상피세포) -at.local 2> 23/01/27 NCC visit => 3cm sized ulcerofungating mass - R/O cervical cancer 소견 3> 23/02/09 W/U 위해 입원함.		

## - 과거력 및 가족력

과거병력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고혈압() <input type="checkbox"/> 당뇨() <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불면 <input type="checkbox"/> 심장질환() <input type="checkbox"/> 기타()	
	부	<input checked="" type="checkbox"/> 무

가족병력 및 암가족력	모	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	자녀	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	형제/자매	<input checked="" type="checkbox"/> 무
	기타	<input checked="" type="checkbox"/> 무

## - 진료정보

최근투약상태	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	지참약	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원 경험	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
수술	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()		
알러지	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	음식 () 항생제 () 약물 () 기타 ()	
병에대한 인식	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 (자궁경부암)	<input type="checkbox"/> 조사불가 ()	

## ◆ 신체사정

소화기계	소화기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 토혈 <input type="checkbox"/> 소화장애 <input type="checkbox"/> 복부팽만 <input type="checkbox"/> 복부동통 <input type="checkbox"/> 점액변 <input type="checkbox"/> 혈변
순환기계	순환기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 식은땀 <input type="checkbox"/> 어지럼증
	부종	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 : <input type="checkbox"/> 전신 <input type="checkbox"/> 사지 <input type="checkbox"/> 상지 <input type="checkbox"/> 하지 <input type="checkbox"/> 얼굴 <input type="checkbox"/> 안검 <input type="checkbox"/> 기타
	요혼	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 :
호흡기계	호흡기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 기관절개술
신경계	의식상태	지남력	시간: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 장소: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 사람: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유
		의식	<input checked="" type="checkbox"/> Alert(명료) <input type="checkbox"/> Drawsy(기면) <input type="checkbox"/> stupor(혼미) <input type="checkbox"/> Semicoma(반혼수) <input type="checkbox"/> Coma(혼수)
		의사소통	<input checked="" type="checkbox"/> 원만함 <input type="checkbox"/> 곤란함 <input type="checkbox"/> 불가능함
	시력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: 우:
	청력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
			우: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
	감각이상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무감각/저림 <input type="checkbox"/> 이상감각 <input type="checkbox"/> 저하 부위:
	마비	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	상지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 하지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 안면: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우
피부통합상태	피부상태	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상	부위:
	피부색	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상	<input type="checkbox"/> 창백 <input type="checkbox"/> 홍조 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 황달 부위:
	욕창	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	
수면 및 피로 상태	수면장애	0	
	피로상태	0	
정서상태	불안	0	
	우울	0	
통증사정	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 측정불가	
	대변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 장루	<input type="checkbox"/> 조사불가 횟수: 1/1 일 색: 정상 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()

배변 & 배뇨 습관	소변	배뇨양상	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 도뇨관 <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> CIC <input type="checkbox"/> diaper 양: 보통 횟수: 6~7/일 색: 정상 냄새: 무
		배뇨장애 증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 긴급뇨의 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 작열감 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란

## - 영양상태

식욕	<input type="checkbox"/> 좋음 <input checked="" type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 조사불가
섭취량변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 조사불가
체중변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 ( 개월동안 체중 kg) <input type="checkbox"/> 조사불가

## - 기능사정

ECOG	0: 제한 없이 정상적이다.
------	-----------------

- 보유기구 및 이식형 보조장치 ☒ 무 ☐ 유

<input type="checkbox"/> 의치 <input type="checkbox"/> 안경 <input type="checkbox"/> 렌즈 <input type="checkbox"/> 보청기 <input type="checkbox"/> 보조기 <input type="checkbox"/> 의안 <input type="checkbox"/> 목발 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> PaceMaker <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> C-Line <input type="checkbox"/> Hickmann <input type="checkbox"/> Chemo Port <input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> PTBD <input type="checkbox"/> Perm cath. <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMY TUBE <input type="checkbox"/> KOKEN <input type="checkbox"/> TUBE <input type="checkbox"/> Feeding tube <input type="checkbox"/> VAD(Ventricular Assist Device) <input type="checkbox"/> DBS(Deep Brain Stimulation) <input type="checkbox"/> 인공와우 <input type="checkbox"/> 기타()
--

## - 퇴원계획 수립

호스피스의회	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
전원의료센터	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
산소등 의료기구	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
가정간호 연결	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름

## ◆ 산.부인과 정보

초경시기	16세
폐경	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 폐경시기: 6년전 폐경이유: 나이
전월경일	기억안남
출산경험	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 첫출산: 89/05/03
출산력	만기출산(2), 조산(0), 자연유산(0), 인공유산(0), 생존남아(1), 생존여아(1).
최종분만일	91/03/07
최종인공 유산일	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 기억안남
최종자연 유산일	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 기억안남
가족계획	없음
산과정보	임신여부 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

[입원수속일시: 2023-02-09 17:38]

작성자 : 김혜원 김혜원

수정자 : 김영택 김영택

## 간호초기평가

## 일반성인

입원일	2023-02-09	작성/수정	김혜원/김영택
현주소	경기도 파주시 조리읍 봉천로 58 2층 2층	전화번호	010-2200-4680

혈액형		전화번호2	
진단명	Cervical Cancer		

## ◆ 일반정보

## - 기본정보

정보제공자	본인	결혼여부	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유	국적	대한민국
동거형태	<input type="checkbox"/> 비동거 <input checked="" type="checkbox"/> 동거 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 형제/자매: <input checked="" type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타:				
주간호제공자	자녀			연락가능한 번호	010-5957-8515
	직업	자유업	교육정도	대졸	
	종교	기독교	종교적 서비스제공 동의 여부	<input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 미해당	
문화적·종교적 특수성	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()				

## - 입원정보

입원경로	외래	입원방법	도보
현재흡연	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
흡연력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 양: 갑/일 기간: 년 금연시작시기: 년 금연교육 시행여부: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유		
음주	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가 시작연령: 세 종류: 양: 병/회 횟수: 회/월 기간: 년		
활력징후	혈압: 139/75mmHg 체온: 36.20 °C 맥박: 76 회/min 호흡: 18 회/min		
신체계측	체중: 59.10kg 신장: 147.40cm SpO <sub>2</sub> : <input checked="" type="checkbox"/> 해당없음		
대체요법	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 조사불가		
주증상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		
외부슬라이드	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	외부CD	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원동기	*입원동기: W/U *환자:010-2200-4680 (nCOV:2/9 N, NCC) (예방접종: 5차/확진이력: x) 보호자(딸: 박기쁨): 010-5957-8515(nCOV: 2/10 N, NCC) (예방접종 : 4차 화이자, 등록번호 : 33516700, 확진이력 : X)  1>23/1월 severe erosion, intermittent bleeding (bx: ASCUS, 비정형편평 상피세포) -at.local 2>23/01/27 NCC visit =>3cm sized ulcerofungating mass - R/O cervical cancer 소견 3>23/02/09 W/U 위해 입원함.		

## - 과거력 및 가족력

과거병력	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 고혈압() <input type="checkbox"/> 당뇨() <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불면 <input type="checkbox"/> 심장질환() <input type="checkbox"/> 기타()		
가족병력 및 양가족력	부	<input checked="" type="checkbox"/> 무	
	모	<input checked="" type="checkbox"/> 무	
	자녀	<input checked="" type="checkbox"/> 무	
	형제/자매	<input checked="" type="checkbox"/> 무	
	기타	<input checked="" type="checkbox"/> 무	

## - 진료정보

최근투약상태	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	지창약	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유
입원 경험	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유		

수술	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ()
알러지	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 음식 () 항생제 () 약물 () 기타 ()
병에대한 인식	<input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 (자궁경부암) <input type="checkbox"/> 조사불가 ()

◆ 신체사정

소화기계	소화기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 토혈 <input type="checkbox"/> 소화장애 <input type="checkbox"/> 복부팽만 <input type="checkbox"/> 복부동통 <input type="checkbox"/> 점액변 <input type="checkbox"/> 혈변
------	-------	--	---

순환기계	순환기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 식은땀 <input type="checkbox"/> 어지럼증
	부종	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 : <input type="checkbox"/> 전신 <input type="checkbox"/> 사지 <input type="checkbox"/> 상지 <input type="checkbox"/> 하지 <input type="checkbox"/> 얼굴 <input type="checkbox"/> 안검 <input type="checkbox"/> 기타
	요흔	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	부위 :

호흡기계	호흡기장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 기관절개술
------	-------	--	--

신경계	의식상태	지남력	시간: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 장소: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유 사람: <input type="checkbox"/> 무 <input checked="" type="checkbox"/> 유
		의식	<input checked="" type="checkbox"/> Alert(명료) <input type="checkbox"/> Drawsy(기면) <input type="checkbox"/> stupor(혼미) <input type="checkbox"/> Semicoma(반혼수) <input type="checkbox"/> Coma(혼수)
		의사소통	<input checked="" type="checkbox"/> 원만함 <input type="checkbox"/> 곤란함 <input type="checkbox"/> 불가능함
	시력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: 우:
	청력장애	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	좌: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
			우: <input type="checkbox"/> 청력저하 <input type="checkbox"/> 이명 <input type="checkbox"/> 청력상실 <input type="checkbox"/> 기타:
	감각이상	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무감각/저림 <input type="checkbox"/> 이상감각 <input type="checkbox"/> 저하 부위:
	마비	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유	상지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 하지: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우 안면: <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우

피부동합상태	피부상태	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 부위:
	피부색	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 창백 <input type="checkbox"/> 홍조 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 황달 부위:
	욕창	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

수면 및 피로 상태	수면장애	0
	피로상태	0

정서상태	불안	0
	우울	0

통증사정	<input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 측정불가
------	--

배변 & 배뇨 습관	대변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 장루 <input type="checkbox"/> 조사불가 횟수: 1/1 일 색: 정상 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()
	소변	배뇨양상 <input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 도뇨관 <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> CIC <input type="checkbox"/> diaper 양: 보통 횟수: 6~7/일 색: 정상 냄새: 무
		배뇨장애 증상 <input checked="" type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 조사불가 <input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 긴급뇨의 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 작열감 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란

- 영양상태

식욕	<input type="checkbox"/> 좋음 <input checked="" type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 조사불가
섭취량변화	<input type="checkbox"/> 감소 <input checked="" type="checkbox"/> 변화없음 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 조사불가

체중변화 ☐ 감소 ☒ 변화없음 ☐ 증가 ( 개월동안 체중 kg) ☐ 조사불가

## - 기능사정

ECOG 0: 제한 없이 정상적이다.

- 보유기구 및 이식형 보조장치 ☒ 무 ☐ 유

☐ 의치 ☐ 안경 ☐ 렌즈 ☐ 보청기 ☐ 보조기 ☐ 의안 ☐ 목발 ☐ 지팡이 ☐ PaceMaker ☐ PICC ☐ C-Line  
☐ Hickmann ☐ Chemo Port ☐ PCD ☐ PCN ☐ PTBD ☐ Perm cath. ☐ TRACHEOSTOMY TUBE ☐ KOKEN  
 TUBE ☐ Feeding tube ☐ VAD(Ventricular Assist Device) ☐ DBS(Deep Brain Stimulation) ☐ 인공와우 ☐ 기타()

## - 퇴원계획 수립

호스피스의료	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
전원의료센터	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
산소등 의료기구	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름
가정간호 연결	<input type="checkbox"/> 필요 <input checked="" type="checkbox"/> 불필요 <input type="checkbox"/> 잘모름

[입원수속일시: 2023-02-09 17:38]

작성자 : 김혜원 김혜원

수정자 : 김영택 김영택