

[붙임 2-1] 결핵 치료결과 확인서 (재외공관용, 한·영)

결핵 치료결과 확인서
Certificate of TB Treatment Result

사진

(Photo)

3.5cm×4.5cm

※ 철인 압인(간인) 날인

성명(Name)	성별(Sex) <input type="checkbox"/> 남(M) <input type="checkbox"/> 여(F)
생년월일(Date of Birth)	전화번호(Phone Number)
여권번호(Passport Number)	주소(Address)

I. 결핵 진단(TB diagnosis)

- 결핵 진단일자(Date of TB confirmation) dd / mm / yyyy
- 약제감수성 종류(Drug susceptibility results of TB)
 - 감수성 결핵(Drug-sensitive TB)
 - 다제내성/리팜핀내성 결핵(MDR/RR-TB)
 - 광범위약제내성 전 단계 결핵(Pre XDR-TB)
 - 광범위약제내성 결핵(XDR-TB)
 - 기타 내성 결핵(Other drug resistance TB)

II. 결핵 치료결과(TB treatment outcomes)

- 치료기간(Treatment duration): dd / mm / yyyy ~ dd / mm / yyyy
- 치료결과(Treatments Outcome)
 - 완치(Cured)
 - 완료(Completed Treatment)
 - 치료 실패(Failed)
 - 치료 중단(Defaulted)
 - 치료 중(Under treatment)
- 치료결과 판정일(Treatment completion date): dd / mm / yyyy

위와 같이 치료하였습니다.

The treatment was performed as above

면허번호(License No.): / 의사성명(Name of Physician): (서명 또는 인/signature)

위 사람에게 대한 치료 상태 평가 결과를 위와 같이 확인합니다.

We hereby certify that the patient's treatment status is assessed as above.

dd. mm. yyyy.

○○○○의료기관장 (날인)
(○○○○ Chief of Hospital) (signature)

[붙임 2-2] 결핵 치료결과 확인서 (재외공관용, 한·중)

결핵 치료결과 확인서
结核治疗结果确认书

照片

(Photo)
3.5cm×4.5cm

※ 钢印或骑缝章

성명 (姓名)	성별 (性别) <input type="checkbox"/> 남 (男) <input type="checkbox"/> 여 (女)
생년월일 (出生日期)	전화번호 (电话号码)
여권번호 (护照号码)	주소 (住址)

I. 결핵 진단 (结核诊断)

1. 결핵 진단일자 (结核诊断日期) _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 약제감수성 종류 (耐药种类)
- A. 감수성 결핵 (药物敏感结核) B. 다제내성/리팜핀내성 결핵 (耐多药/利福平耐药结核)
- C. 광범위약제내성 전 단계 결핵 (准广泛耐药结核) D. 광범위약제내성 결핵 (广泛耐药结核)
- E. 기타 내성 결핵 (其他耐药结核)

II. 결핵 치료결과 (结核治疗结果)

1. 치료기간 (治疗时间) : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 치료결과 (治疗结果)
- A. 완치 (彻底治愈)
- B. 완료 (完成治疗)
- C. 치료 실패 (治疗失败)
- D. 치료 중단 (停止治疗)
- E. 치료 중 (现正治疗中)
3. 치료결과 판정일 (治疗结果判定日期) : _____ 年 _____ 月 _____ 日

위와 같이 치료하였습니다.

对上述人员进行了如上治疗。

면허번호 (执业证书编号) : _____ / 의사성명 (医师姓名) : _____ (서명 또는 인/签或章)

위 사람에 대한 치료 상태 평가 결과를 위와 같이 확인합니다.

对上述人员进行治疗状态评估结果如上, 特此确认。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

○○○○의료기관장
(○○○○医院院长)

(날인)
(盖章)