



진료의뢰서

수진자	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		핸드폰번호	
	보험유형	건강보험()	자동차보험()	산재보험()
상병명				
환자상태 및 진료의뢰				
	해당진료과		지정의사명	
	진료희망일	년	월	일
의뢰병원	병원명		요양취급기관기호	
	의뢰의사명		면허번호	
	전화번호		FAX	
	주소			

본원에서는 환자의 진료정보 보호 및 인권보호 차원에서 환자나 보호자의 동의가 있을 때만 회신이 가능합니다. 따라서 회신을 원하시는 경우 하단의 환자 동의서를 받아 주시기 바랍니다.

진료정보회신 환자동의서

본인은 상기 의사에게 한림대성심병원에서 진료 받은 본인의 진료정보가 치료 목적에 한하여 진료일 이후 인터넷(이메일 및 홈페이지), FAX, 우편 등의 방법으로 제공되는 것에 동의합니다. [진료정보 : 검사결과 및 영상, 투약내용, 치료계획 등]

20 년 월 일 신청인 : _____ (서명)

환자와의 관계 : _____