|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **전화**: 1522-8119**FAX**: 031-322-1311**우편**: 경기도 용인시 처인구 금령로 39번길 8-6 (김량장동)홈페이지: mj-hospital.com**진료 의뢰서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 환자 정보 | 성명 |  | 주민등록번호 |  |
| 주소 |  |
| 전화번호1. |  | 전화번호2. |  |
| 보험 유형 | □건강보험 □의료급여 □기타( ) |
| 상병명 |  |
| 환자상태 및 의뢰내용 |
| 명주병원 | 진료과목 |  | 진료의사 |  |
| 진료예약일시 |  년 월 일 시 분 |
| 회신 요청 | * 예 □ 아니요
 |
| 의뢰병원 | 병원명 |  |
| 주소 |  |
| 의뢰의사 |  | 면허번호 |  |
| 전화번호 |  | FAX |  |

※환자의 진료정보는 환자권리와 개인정보 보호를 위하여 환자나 보호자(법정대리인)가 동의한 경우에만 진료정보를 제공합니다.

|  |
| --- |
| **진료정보 공개 환자 동의서****본인은 진료의뢰 한 의사에게 명주병원에서 진료 받은 (진단명, 입원기간, 치료경과 및 향후계획, 검사결과, 투약내역, 수술내역 등) 정보를 전화, 팩스, 우편, 이메일, 온라인 진료정보공유시스템 등의 방법을 통해 제공하는 것에 동의합니다.****20 년 월 일****동의인 (□환자 □법정 대리인 관계: ) 이름: ( 서명 )** |

 |