|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 )** | |