

진료의뢰서

의정부을지대학교병원 진료협력센터

의사 전용 전화 | 031-951-2000~2 팩스 | 031-951-2010

환자 전용 전화 | 1899-0001

응급센터 | 031-8074-0119

| | | | | |
|-------------|-------|--|--------|---|
| 수진자 인적사항 | 성명 | | 주민등록번호 | - |
| | 휴대폰번호 | | 전화번호 | |
| | 주소 | | | |

| | | | | |
|------|-------|---|--------|--|
| 진료신청 | 진료의뢰과 | | 진료의사 | |
| | 진료구분 | <input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 응급 | 진료예약일시 | |
| | 접수장소 | 1층 진료협력센터 / ※ 영상자료(CD) 지참 시 진료 예약 시간 30분전 내원 | | |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| 상병명 | | | | |
| 수진자 상태 및 진료소견 | | | | |

| | | | | |
|-------|-------|--|--------|--|
| 의뢰 병원 | 병원명 | | 주소 | |
| | 의뢰의사 | | 전화번호 | |
| | 면허번호 | | 요양기관번호 | |
| | 발행일 | | FAX | |
| | 진료회신서 | <input type="checkbox"/> 원함 (수진자동의필요) <input type="checkbox"/> 원하지 않음 | E-mail | |

※ 수진자의 진료내용은 환자권리와 개인정보보호를 위하여 환자의 동의를 받은 경우에만 공개됩니다.(의료법 제 21조 3항)

| | | | | |
|---------------|--|----|--------|----|
| 진료정보 공개동의서 | 본인은 의정부을지대학교병원에서 진료 받은 본인의 정보가 치료목적에 한하여 일정기간 동안 상기 의사에게 인터넷, 전화 문자, FAX, 우편 등을 통하여 제공되는 것에 동의합니다.(진료정보, 검사결과, 영상, 치료계획 등) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 본인 | 서명 | 주민등록번호 | - |
| | <input type="checkbox"/> 법정대리인 | 서명 | | 관계 |

진료협력센터로 의뢰해 주신 환자는 빠른 진료 및 결과를 회신하여 드립니다.