요양급여의뢰서 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **수** | **진** | | | **자** | **성** | **명** |  |  | | | | | **주민등록번호** | |  | | |
| **주** | **소** |  |  | | | | | | | | | |
| **휴** | **대 폰** |  |  | | | | | **자 택 전 화** | |  | | |
| **급여유형** | | | **□ 건강보험** |  |  |  | **□ 의료급여** | | **□ 기타(** | | | **)** |
| **진** | **료** | **기** |  | **간** |  |  | **20** | **년** |  | **월** |  | **일 ~ 20** | | **년** | | **월 일** |  |
| **상** | **병** | | | **명** |  | | | | | | | | | | | | |
| **수**  **진** | **신 자 및**  **료** | **소** | **상** | **태**  **견** |  | | | | | | | | | | | | |
| **의** | **뢰** | **병** |  | **원** | **병** | **원** | **명** |  | | | | | **의** | **사 명** |  | | |
| **전** | **화 번** | **호** |  | | | | | **면 허 번 호** | |  | | |
| **진 료 의뢰 일** | | | **20** | **년** |  | **월** | **일** | | **되의뢰 □ 검사후** | | **□ 진단치료후** | **□ 불필요** |
| **순** | **천 향 대 학** | | | **교** | **진** | **료 과** | **목** |  | | | | | **지정 교 수 명** | |  | | |
| **예** | **약 일** | **시** | **20** | **년** |  | **월** | **일** | |  | | |  |
| **천** | **안** | **병** |  | **원** |
| **접** | **수 장** | **소** | **외래진료관 2층 진료협력센터** | | | | | | | | | |

* 진료회신서 여부:

**※ 영상자료(CD)를 가지고 오실 경우 진료예약시간 30분 전에 영상자료 등록이 필요합니다.**

**□** 예 **□** 아니오

* 수진자의 진료내용은 환자권리와 개인정보 보호를 위하여 환자의 동의를 받은 경우에만 공개합니다.

환자와의 관계:

(서명)

성명 :

본인은 순천향대학교 천안병원이 진료를 위한 목적으로 의뢰의사에게 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다.

진료정보는 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술기록, 퇴원기록 등을 포함합니다.

**진 료 정 보 공 개 동 의 서**

**순천향대학교 천안병원** 충청남도 천안시 동남구 순천향6길 31 **전화예약(콜센터)** 1577-7523

**진료협력센터** TEL 041-570-2988 FAX 041-578-3411 **응급의료센터** 041-570-2119