요양급여의뢰서

한양대학교구리병원 진료협력센터

119-23 경기도 구리시 경춘로 153
의사전용 TEL (031) 560-2082, 2083
FAX (031) 560-2084
대표번호 TEL 1644-9118
https://grefer.hyumc.com

수 진 자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	휴대폰전화		자택전화	
상 병 명				
수진자상태 및 진료소견				
회신서 필요	예 □ 아니오 □		되의뢰 필요	예 □ 아니오 □
의뢰병원	병 원 명		의 사 명	
	전화번호		의사면허	
	의 뢰 일			

※ 한양대학교구리병원은 다른 의료인으로부터 진료기록의 내용 확인이나 소견등의 제공을 요청받은 경우 환자 또는 보호자가 동의한 경우에만 진료정보를 제공해드립니다. (의료법 제 21조3항)

진료정보제공 환자동의서	진 료 신 청
본인은 한양대학교구리병원이 상기 의사에게 진료목적으로 전화, 우편, 팩스, 온라인 진료정보공유시스템 등의 방법으로 진료결과회신 내역을 포함한 진료정보를 제공되는 것에 동의합니다. 20 년 월 일 □ 환자성명 : (서명) □ 동의권자 : (서명) (관계 :)	해당진료과 : _____ 지정의사명 : _____ 진료예약일 : _____ 진료 구분 : 외래 □ 입원 □ 응급실 □