

진 료 의 료 서

경희의료원 진료협력센터(KHRC)

- ▶ 진료의뢰 TEL 02)958-9618~9 080)958-2580
FAX 02)958-9685
- ▶ 홈페이지 <http://khrc.khmc.or.kr>
- ▶ 응급의료센터 전원의뢰 TEL 02)958-8272

수진자 인적사항	성 명		생년월일		
	주 소				
	전화번호		휴대폰번호		
	보험유형	건강보험 () 의료급여 () 의료급여 대상자는 2차 의료기관(병원급)에서 발행한 요양급여의뢰서가 필요합니다.			
진료신청	진료과목		지정의사명		
	진료예약일	년 월 일 시 분	예약번호		
상 병 명					
수진자상태 및 진료 소견					
되 의 료	* 의뢰환자의 되의료를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 원함 <input type="checkbox"/> 원하지 않음				
의뢰병원	발행일		요양기관번호		
	병원명		전화 및 FAX		
	의사명		면허번호		
	주소				
진료 정보제공 동의서	<p>* 경희의료원은 다른 의료인으로부터 진료기록의 내용 확인이나 소견 등의 제공을 요청받은 경우 환자 또는 보호자가 동의한 경우에만 진료정보를 제공해 드립니다.(의료법 제21조3항)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인은 진료의뢰 또는 전원(회송)병원 의료인이 진료를 위한 목적으로 요청한 경우에 한하여 경희의료원에서 받은 진료정보를 해당 의료인에게 제공하는 것에 동의합니다. • 위 내용에 동의 시 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술기록, 퇴원기록 등 향후 연계진료에 필요한 내용이 제공되며 온라인 홈페이지, 전화, 문자, 우편, 이메일, 팩스 등의 방법으로 제공될 수 있습니다. <p> <input type="checkbox"/> 환 자 : (서명) <input type="checkbox"/> 법정대리인 : (서명) 생년월일 : 환자와의 관계 : </p>				



경희의료원
KYUNG HEE UNIVERSITY MEDICAL CENTER

경희대학교병원 · 경희대학교치과병원 · 경희대학교한방병원 · 동서협진센터
02447 서울특별시 동대문구 경희대로 23
대 표 전 화 TEL. 02)958-8114 FAX. 02)958-8113
홈페이지 <http://www.khmc.or.kr>