



진료  
검사

# 진료의뢰서

동국대학교 경주병원

과

교수 귀하

아래의 환자를 의뢰합니다.

환자성명			주민등록번호	-	
주소			연락처		
진단명					
환자상태 및 진료소견					
			의뢰일자 :	년	월 일
회신여부	원함	원하지 않음			
회신방법	Fax	우편	e-mail:		
의뢰 병·의원	병, 의원명			의사명	(인)
	요양기관번호			면허번호	
	전화 팩스				
	주소				

### 진료 열람에 대한 동의서

본인은 상기 진료의뢰서를 작성한 의사에게 치료목적에 한하여 진료일 이후 1년간 인터넷(이메일 및 홈페이지), FAX,우편 등의 방법을 통한 환자 진료정보 조회 및 회신에 동의합니다.

환자 또는 보호자 (서명 또는 인) 환자와의 관계( )

본 의뢰서를 지참하신 분은 원무팀 접수·수납창구 옆 진료의뢰회송센터 창구로 오시면 친절하게 안내해 드리겠습니다.

**[진료의뢰·회송센터] Tel : 054-770-8275,8345 / Fax : 054-770-8346**