요양급여의뢰서

순천향대학교 천안병원
SOON CHUN HYANG UNIVERSITY HOSPITAL CHEONAN

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				
수신자 상태 및 진료소견				
의 뢰 병 원	병 원 명		의 사 명	
	전 화 번 호		면 허 번 호	
	진료의뢰일	20 년 월 일 되의뢰 ☐ 검사후 ☐ 진단치료후 ☐ 불필요		
순천향대학교 천안병원	진 료 과 목		지정교수명	
	예 약 일 시	20 년 월 일		
	접 수 장 소	외래진료관 2층 진료협력센터		

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

* 진료회신서 여부: ☐ 예 ☐ 아니오

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

진료정보공개 동의서	본인은 순천향대학교 천안병원이 진료를 위한 목적으로 의뢰의사에게 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다. 진료정보는 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술기록, 퇴원기록 등을 포함합니다. 성명 : (서명) 환자와의 관계:

순천향대학교 천안병원 충청남도 천안시 동남구 순천향6길 31
진료협력센터 TEL 041-570-2988 FAX 041-578-3411
전화예약(콜센터) 1577-7523
응급의료센터 041-570-2119