

진료의뢰서



서울특별시 종로구 통일로 256
 진료의뢰 예약 전용 전화: (02) 737-0181(229)
 FAX: (02) 733-5892

수진자 인적사항	성명			주민등록번호	-			
	주소							
	전화번호			휴대폰번호				
	보험유형	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 <input type="checkbox"/> 자동차보험 <input type="checkbox"/> 기타 _____						
상병명								
의뢰질환	1) 백내장클리닉 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 합병백내장 <input type="checkbox"/> 후낭파열 <input type="checkbox"/> 후발백내장 <input type="checkbox"/> 기타 _____							
	2) 망막클리닉 <input type="checkbox"/> 당뇨성막막증 <input type="checkbox"/> 망막박리 <input type="checkbox"/> 망막출혈 <input type="checkbox"/> 유리체출혈 <input type="checkbox"/> 망막전막 <input type="checkbox"/> 노인성황반변성 <input type="checkbox"/> 망막열공(원공) <input type="checkbox"/> 포도막염 <input type="checkbox"/> 기타 _____							
	3) 녹내장클리닉 <input type="checkbox"/> 녹내장의증 <input type="checkbox"/> 고안압 <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 기타 _____							
	4) 전안부클리닉 <input type="checkbox"/> 결막염 <input type="checkbox"/> 익상편 <input type="checkbox"/> 안구건조증 / 안검염 <input type="checkbox"/> 기타 _____							
	5) 근시클리닉 <input type="checkbox"/> 소아근시 <input type="checkbox"/> 고도근시							
투약 및 특이사항								
세란병원 진료신청	진료과			예약일시	20	년	월	일
	진료의사					시	분	
의뢰병원	병원명			의뢰의사명				
	전화번호			면허번호				
	F A X			E - mail				
	주소							
진료 정보 제공 동의	본인은 정확한 진단 · 처방과 진료기록의 효율적 활용을 위하여 세란병원에서 생성된 진료정보를 의뢰의사에게 제공하는 것에 동의합니다. 1. 진료정보의 항목 : 검사결과 및 영상, 투약력, 치료계획 등의 진료정보 2. 진료정보의 보유 및 이용기간 : 5년 3. 환자에게는 진료정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 진료정보가 제공되지 않습니다. ■ 동의함 (<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 법정대리인) 성명 : _____(서명) [법정대리인 관계 : _____ 생년월일 : _____ 연락처 : _____] ■ 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>							
진료 후 요구사항	회신서필요	예 () 아니오 ()						
	발송방법	우편 () FAX ()						
■ 세란병원 안과센터 1층 원무과로 방문하여 주시기 바랍니다.								