

진료의뢰서

부천우리병원 진료협력센터

병·의원 진료의뢰 예약전용

TEL 032-672-4100

FAX 032-713-7188

환자 인적사항	성명		주민등록번호	
	전화번호		휴대폰번호	
	주소			
	보험유형	건강보험() 의료급여() 자동차보험() 기타() (의료급여대상자는 1차 의료기관에서 발급한 진료의뢰서가 필요합니다)		

상병명

환자상태 및 진료소견

의사정보	병원명		의뢰일	
	의뢰의사		면허번호	
	전화번호		FAX	
	병원주소			

진료정보
공개
동의서

본인은 부천우리병원에서 진료받은 정보가 진료목적에 한하여 인터넷, 우편, FAX, 홈페이지 등의 방법으로 의뢰의사에게 제공되는 것에 동의합니다.

성명: 20 년 월 일
(인) (관계:)

진료내용은 환자권리와 개인정보 보호를 위하여 환자본인 또는 직계가족이 동의한 경우에만 공개됩니다.