순천향대학교 서울병원

(요양급여의뢰서)

# 순천향대학교 서울병원 진료협력센터

TEL 02)709-9900 FAX 02)798-9830

E-mail [schrc@schmc.ac.kr](mailto:schrc@schmc.ac.kr)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 수 진 자 | 성 |  | 명 |  |  | 주민등록번호 | | |  |
| 주 |  | 소 |  |  | | | | |
| 자 택 전 화 | | | |  | 휴 대 | 폰 |  |  |
| 급 여 유 형 | | | | 요양급여 의료급여 기타( ) | | | | |
| 상 병 명 |  | | | | | | | | |
| 진 료 기 간 | 201 년 월 일 ~ 201 년 월 일 | | | | | | | | |
| 수 진 자 상 태 |  | | | | | | | | |
| 및 |
| 진 료 소 견 |
|  |
| 의 뢰 병 원 | 병 | 원 | 명 |  |  | 의 사 명 |  |  |  |
| 전 화 번 호 | | | |  | 면 허 번 호 | | |  |  | 201 년 월 일 |
| 진 료 의 뢰 일 | | | | 201 년 월 일 | | | | |
| 순 천 향 대 학 교  서 울 병 원 | 진 료 과 목 | | | |  | 지정 교수명 | | |  |
| 예 약 일 시 | | | | 201 년 월 일 | | | | |
| 접 수 장 소 | | | | 본관 1층 처음 오신분 전용창구 | | | | |

## \*진료회신서 필요 예 아니요

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

진료정보공개동 의 서

본인은 순천향대학교 서울병원이 진료를 위한 목적으로 의뢰의사에게 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다. 진료정보는 수진이력, 검사결과, 투약내역, 수술기록, 퇴원기록 등을 포함합니다.

성 명 : (서명) 환자와의 관계 :





04401 서울시 용산구 대사관로 59 대표전화 : 02) 709-9114



전화예약실:02) 709-9000 / 소화기병센터 :02) 709-9202 / 응급의료센터 :02) 709-9117~9