


## 진 료 의 료 서

과

선생님 귀하

수진자 인적사항	성 명		주민등록번호	-
	주 소			
	전화번호			

선치과병원	과	선생님 귀하
진 단 명 <input type="checkbox"/> 임상적 <input type="checkbox"/> 최 종		
환자상태 및 진료소견 (검사의뢰)		
요청사항	회신을 바랍니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 선호하시는 회신방법 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 유선	
의뢰병(의)원	병(의)원명	요양기관번호
	의뢰의사	면허번호
	병원주소	전화번호

※ 본원에서는 환자의 진료정보 보호 및 인권보호 차원에서 환자와 보호자의 동의가 있을 때에만 회신이 가능합니다. 따라서, 회신을 원하시는 경우 하단 좌측 환자 동의서를 받아주시기 바랍니다.

## 환자동의서

상기 수진자 본인은 선병원에서 진료받은 본인의 의무기록을 인터넷, FAX, 우편 등으로 열람할 수 있도록 의뢰한 의사에게 허락합니다.  
(단, 진료 외 용도 사용 불가)

년 월 일 서명 \_\_\_\_\_(인)

◆ 대전선치과병원 TEL : (042) 251-5000  
FAX : (042) 257-2280

◆ 대전선병원 TEL : (042) 220-8045, 8046, 8276  
FAX : (042) 252-1911, 252-7016

◆ 유성선병원 TEL : (042) 609-1008 ~ 9  
FAX : (042) 609-1110

■ 본 의뢰서가 부족하시면 위 번호로 연락주십시오