|  |  |
| --- | --- |
|  **진료의뢰서** | **우(07590) 서울특별시 강서구 공항대로 389****진료협력센터: 02-2620-0125** **대표전화: 1577-7582**  |
| **신자****인적 사항** | **성명** |  | **주민등록번호** |  |
| **휴대폰** |  |
| **주소** |  |
| **상병명** |  |
| **수신자 상태** **및** **진료 의뢰****(검사 의뢰)** |  |
| **의뢰 기관** | 병원명 |  |
| 의뢰 의사 |  | 면허번호 |  |
| 전화번호 |  | 팩스번호 |  |
| 병원 주소 |   |
| **회신서****요청** | □ 예 □ 아니오 | **회송****요청** |   □ 필요 |
| 발송 방법 |  우편  팩스 |   □ 불필요 |
| **진료정보제공 동의서**  |
| **제 3자 제공 정보 동의 목적**※ 상기 진료의뢰서를 작성한 의사에 한하여 의뢰한 병의원에서 진료의 연속성을 위해 서울부민병원에서 본인의 진료 정보를 조회 및 회신하기 위함**제공하는 정보의 항목**※ 서울부민병원의 진단명 및 진료이력, 검사결과, 투약내역, 수술내역, 퇴원기록, 결과회신 등을 포함한 진료 정보(과거 및 타 진료 과 진료 정보 포함)**진료 정보를 제공받는 의사의 정보 보유 및 이용 기간**: 동의한 날짜부터 5년※ 환자는 진료정보제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 요청한 진료 정보는 제공되지 않습니다.**위의 정보 공개 동의서에 동의 또는 동의하지 않음 표기 부탁 드립니다**. □ **동의** □ **동의하지 않음** |
| **작성일: 년 월 일****동의인 (** □ **환자** □ **법정 대리인)** 서명)  **환자와의 관계**:  |