

# 요양급여의뢰서

35015 대전광역시 중구 문화로 282

전화 : (042) 280-7020

팩스 : (042) 280-8423

인터넷 : <http://www.cnuh.co.kr>



환자인적사항	성명	주민등록번호
	주소	
	전화번호	

충남대학교병원	과	선생님께
---------	---	------

상병명	
-----	--

환자상태 및 진료소견 (검사의뢰)	
-----------------------------	--

※ 의료급여 환자의 경우는 3차 의료기관 진료를 위하여 2차 의료기관(병원급)에서 발급된 의료급여의뢰서가 필요합니다.

의뢰병원	병원명	전화
	의뢰의사	휴대전화
	면허번호	팩스
	병원주소	이메일
	진료의뢰일	201    년    월    일

※ 충남대학교병원은 환자의 진료정보 보호를 위하여 환자가 동의한 경우에 한하여 의뢰의사에게 진료정보를 제공합니다.

정보제공 동의서	본인은 충남대학교병원이 의뢰의사에게 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다. 환자명 : (서명)
-------------	--

## 의뢰하시는 선생님께

- 의뢰하신 환자의 진료경과는 빠른 시일내에 회신하여 드리겠습니다.
- 의뢰하신 내용이 종결되면 즉시 귀병원으로 회송하겠습니다.

※ 진료협력센터 핫라인 : (042)280-7214

## 환자분께

- 본 의뢰서는 발급 후 7일 이내에 사용하셔야 합니다.
- 본 의뢰서를 받으신 분은 신분증을 지참하시고 충남대학교병원 진료협력센터로 가십시오.