

진료의뢰서

- 구미강동병원 진료협력센터
TEL: 054) 478-9724 | FAX: 054) 478-9886
- 응급의료센터
TEL: 054) 478-9521~522

수진자 인적사항	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화		휴대전화	

상병명	
-----	--

수진자 상태 및 진료의뢰	 년 월 일 의뢰합니다.			

구미강동병원	해당 진료과		지정 의사명	
	진료 예약일		진료 구분	☐ 외래 ☐ 입원 ☐ 응급실

의뢰병원	병원명		의뢰 의사명	
	전화번호		면허번호	
	FAX		E-mail	

- 전화 예약을 하시면 더욱 편리하며, 환자의 인적 사항(성명, 주민등록번호, 전화번호)을 미리 알려주십시오.
- 진료의뢰서를 지참하여 진료협력센터를 통한 접수 및 예약하시면 더욱 편리한 진료를 받을 수 있습니다.
- 진료협력센터 운영시간 - 평일: 09:00~17:00 | 토요일: 08:30 ~ 12:30
- 본원에서는 환자의 진료 정보 보호를 위하여 환자 또는 보호자의 동의가 있을 때, 진료 회신이 가능합니다.
따라서, 진료 회신을 원하는 경우 정보공개 동의서를 받아주시기를 바랍니다.
환자의 인권 및 진료 정보 보호 차원에서 환자의 동의가 있는 경우에만 진료 정보를 제공합니다.

정보공개 동의서	본인은 상기 진료의뢰서를 작성한 의사에 한하여 우편, 전화, 팩스, 이메일 등의 방법을 통한 환자 진료 정보 회신에 동의합니다.			
	성명 : 20 년 월 일 (서명) 관계 :			

구미강동병원 경상북도 구미시 인동20길 46
대표전화 1599-9669 | <http://www.gumigd.com>