진료의뢰서

환자 인적 사항	성 명		주민등록 번 호	
	전화번호		휴대폰번호	
	주 소			
	보험유형	☐ 건강보험 ☐ 의료급여 ☐ 산재 ☐ 자보 ☐ 기타( )		
상병명				
환자상태 및 의뢰내용 (검사의뢰)	20 년 월 일			
의 뢰 병 원	병 원 명		전 화	
	의 사 명		FAX	
	면허번호		e-mail	
	병원주소			
진료정보 공 개 동의서	본인은 안양윌스기념병원이 상기 진료의뢰서를 작성한 의사에 한하여 FAX, 우편, E-mail, 인터넷 등의 방법을 통해 모든 진료정보를 조회 및 회신(공유) 하는 것에 동의합니다. 20 년 월 일 성명 : (인) (관계 :)			

진료내용은 환자 권리와 개인정보 보호를 위하여 환자본인 또는 직계가족이 동의한 경우에만 공개됩니다.

경기도 안양시 동안구 경수대로 560(호계동 995-4)
진료협력센터 Tel (031)460-1010 Fax (031)460-1234
www.anyspine.co.kr

의료법인 토마스의료재단
윌스기념병원 안양
WILTSE MEMORIAL HOSPITAL