

진 료 의 료 서



의료법인 중앙의료재단

중앙병원

수 신 자 사 항	성 명		주 민 번 호	
	주 소			
	전 화 번 호			
진 단 명				
환 자 상 태 및 의 료 내 용				
의 료 기 관	병 원 명		의 사 명	
	전 화 번 호		의 사 면 허	
	의 료 일	년 월 일		
진 료 신 청	진 료 과 목		지정의사명	
	진 료 예 약 일	년 월 일		
	진 료 구 분	☐ 외래 ☐ 입원 ☐ 응급실		

수신자(환자) 정보공개 동의서

본인은 제주중앙병원에 의뢰한 의사에 한하여 진료 정보조회와 회신 등의 방법으로 본인의 의료정보를 인터넷, 우편, 팩스, 이메일 등으로 제공하는 것을 동의합니다.

년 월 일

환자성함: (서명)

대 리 인: (서명)

환자와의관계: