국민건강보험 National Health Insurance Service | 일산병원 Ilsan Hospital

요양급여의뢰서

국민건강보험 일산병원 진료협력센터 (10444) 경기도 고양시 일산동구 일산로 100
전화 : (031) 900-0057~9 팩스 : 0303-3448-7142 http://refer.nhimc.or.kr

수진자 인적사항	성 명		주민등록번호	
	주 소		휴대전화번호	
상 병 명			※ 의료급여대상자는 1차 의료기관(의원급)에서 발행한 요양급여의뢰서가 필요합니다.	

수진자상태 및 의뢰내용(20 년 월 일)

국민건강보험일산병원			의뢰병원				
	회신요청	예( ) 아니오( )		병원명			
	진료의뢰과			의사명		면허번호	
	지정의사			주 소			
	진료예약일			전화번호		FAX	

※ 국민건강보험 일산병원은 다른 의료인으로부터 진료기록의 내용 확인이나 환자의 진료경과에 대한 소견 등의 제공을 요청받은 경우, 환자 또는 법정대리인이 동의한 경우에만 진료정보를 제공합니다.

진료정보제공 환자동의서

본인은 상기 요양급여의뢰서를 작성한 의사에게 진단명, 입원기간, 치료경과 및 향후계획, 검사결과, 투약내역, 수술내역을 포함한 국민건강보험 일산병원의 진료정보를 전화, 우편, 이메일, 팩스, 온라인 진료정보공유시스템 등의 방법을 통해 제공하는 것에 동의합니다.

· 정보를 제공받는 의사의 보유 및 이용기간은 5년입니다.
· 환자는 진료정보제공 동의를 거부할 수 있습니다. 동의 거부 시 진료정보는 제공되지 않으며, 그 외 별도의 불이익은 없습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

20 년 월 일

동의인(☐ 환자, ☐ 법정 대리인) 이름 : (서명 또는 인)

법정대리인의 경우 환자와의 관계 :