**진 료 의 뢰 서**

편의를 위해 2종류의 진료의뢰서 서식지를 준비했습니다. 새빛안과병원 진료협력센터

원하시는 서식을 선택하여 작성해주시면 됩니다. 담당자 : 이지영 간호 2팀장

전화 031-900-7703 / 팩스 031-900-7777

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **수신자 성명** |  | **생년월일/성별** | **M / F** |
| **전화번호** |  |
| **상병명** |  |
| **진료소견** |  |
| **환자진료 후** | □ 진료결과 회신을 원합니다. □ 원하지 않습니다. □ 환자의 회송을 원합니다. □ 원하지 않습니다.  |
| **의뢰기관** | **병원명** |  | **의사명** |  |
| **면허번호** |  | **전화번호** |  |
| **주소** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **정보제공****동의서** | 본원에서는 의료법 제21조에 의거하여 수신자 본인 또는 직계 가족이 동의하는 경우에만 진료결과를 회신합니다.  |
| 본인은 새빛안과병원이 의뢰의사에게 본인의 진료정보가 치료목적에 한하여 인터넷, 우편, 팩스 등의 방법을 통해 제공하는 것에 동의합니다.※ 진료정보 : 검사 및 영상결과지, 투약내용, 진료회신서20 년 월 일성명 : (서명, 인) 관계 : |

병원 1층 진료의뢰서 접수창구에 의뢰서와 함께 접수하시면 다른 환자에 우선하여 안내 및 진료, 수술을 해드립니다.

**진 료 의 뢰 서**

편의를 위해 2종류의 진료의뢰서 서식지를 준비했습니다. 새빛안과병원 진료협력센터

원하시는 서식을 선택하여 작성해주시면 됩니다. 담당자 : 이지영 간호2팀장

전화 031-900-7703 / 팩스 031-900-7777

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **수신자 성명** |  | **생년월일/성별** | **M / F** |
| **전화번호** |  |
| **상병명** |  |
| **의뢰질환** | **1) 각막 및 외안부(우안 / 좌안 / 양안)**∙백내장 ∙헤르페스성 각막염 ∙각막궤양 ∙각막염 ∙안구건조증 ∙각막이물 ∙기타 **2) 망막(우안 / 좌안 / 양안)**∙당뇨망막증 ∙망막박리 ∙망막출혈 ∙유리체출혈 ∙노인성황반변성 ∙비문증 ∙망막열공(원공) ∙포도막염 ∙정밀안저검사(시력교정 수술 및 백내장 수술 전) ∙기타 **3) 녹내장 (우안 / 좌안 / 양안)**∙녹내장의증 ∙개방각녹내장 ∙폐쇄각녹내장 ∙정상안압녹내장 ∙이차성녹내장 ∙신생혈관녹내장 ∙기타 **4) 사시 및 소아안과(우안 / 좌안 / 양안)**∙사시 ∙약시 ∙굴절이상 ∙복시 ∙기타 **5) 안성형(우안 / 좌안 / 양안)**∙안검내반, 외반 ∙눈물관폐쇄 ∙안와종양 및 안검종양 ∙안검하수 ∙기타 |
| **투약 및** **특이사항** |  |
| **환자진료 후** | □ 진료결과 회신을 원합니다. □ 원하지 않습니다. □ 환자의 회송을 원합니다. □ 원하지 않습니다.  |
| **의뢰기관** | **병원명** |  | **의사명** |  |
| **면허번호** |  | **전화번호** |  |
| **주소** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **정보제공****동의서** | 본원에서는 의료법 제21조에 의거하여 수신자 본인 또는 직계 가족이 동의하는 경우에만 진료결과를 회신합니다.  |
| 본인은 새빛안과병원이 의뢰의사에게 본인의 진료정보가 치료목적에 한하여 인터넷, 우편, 팩스 등의 방법을 통해 제공하는 것에 동의합니다.※ 진료정보 : 검사 및 영상결과지, 투약내용, 진료회신서20 년 월 일성명 : (서명, 인) 관계 : |

병원 1층 진료의뢰서 접수창구에 의뢰서와 함께 접수하시면 다른 환자에 우선하여 안내 및 진료, 수술을 해드립니다.