

진 료 의뢰 서

(중랑구치과의사회용)

환자성명		성별		생년월일	
병명					
의뢰내용 (병력 및 소견)					
첨부자료					
진료 후 요청사항	<input type="checkbox"/> 상태가 호전되면 보내주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 진료결과를 통보해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 진료경위만 통보해 주십시오. <input type="checkbox"/> 기타 :				
의뢰인 정보	병(의)원주소				
	병(의)원명				
	전화번호		Fax 또는 E-mail		
	면허번호		의뢰인		(印)

위와 같이 환자진료를 의뢰합니다.

20 년 월 일

<회신용>

진료의	연락처
진료결과 (회신)	