

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

진료정보제공서 /診療情報提供書

병원/病院 _____ 주소/住所: _____
담당의사/先生 _____ 병원명/病院名: _____
진료과/診療科: _____ 인/印 _____
년/年 월/月 일/日

성함/氏名		성별/性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
생년월일/生年月日	년/年 월/月 일/日	나이/年齢	세/歳
주소/住所			
전화번호(주택)/電話(自宅)		전화번호(휴대전화)/電話(携帯)	
직업/職業			
상병명/傷病名			
소개목적/紹介目的			
기왕력 및 가족력/既往歴及び家族歴			
증상경과 및 검사결과·치료경과/症状経過及び検査結果・治療経過			
현재 처방/現在の処方			
자료첨부/資料添付	<input type="checkbox"/> 없음/無 <input type="checkbox"/> 있음/有 → <input type="checkbox"/> X-Ray/X線 <input type="checkbox"/> CT/CT <input type="checkbox"/> MR/MR <input type="checkbox"/> 내시경/内視鏡 <input type="checkbox"/> 초음파/超音波 <input type="checkbox"/> 심전도/心電図 <input type="checkbox"/> 혈액검사/採血検査 <input type="checkbox"/> 퇴원요약지/退院サマリ		