

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 | | |