|  |
| --- |
| **요양급여의뢰서[시범사업]** |
| **의뢰번호** |  | **의뢰할 기관(명칭)** |  |
| 수진자 | 성명 |  | 주민등록번호 |  |
| 연락처 |  |
| 상병명 |  |
| 환자상태및 진료소견(첨부자료를 바탕으로 구체적 소견기술) | 의뢰사유 |  |
| 치료·검사내역 |  |
| 과거력 및 투약력 |  |
| 기타 가족력, 알러지 유무 등 |  |
| 회신 요청 |  □예 □아니오 |
|  위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.년 월 일요양기관명:  담당의사 면허번호 성명 :  요양기관대표자 귀하 |
|  \* 이 요양급여의뢰서는 협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업기관으로 지정받은 1단계 진료기관에서 환자의 상태에 따라 2단계 진료기관으로 요양급여의뢰할 때 담당의사가 작성하며, 비용은 의뢰환자관리료의 소정점수에 포함됩니다.  |