

患者氏名 :  
患者ID :

한국어/韓国語

## 진료정보제공서 /診療情報提供書

병원/病院  
담당의사/先生

주소/住所:  
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<br><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(자택)/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<br><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<br><input type="checkbox"/> 심전도/心電図 <input type="checkbox"/> 혈액검사/採血検査 <input type="checkbox"/> 퇴원요약지/退院サマリ |       |  |