



해오름손해사정(주)

SUNRISE SURVEYORS & CLAIMS ADJUSTERS CO., LTD.

굿웰스의원

의무기록사본/진료의뢰서
피보험자 : 김태형

등록번호: 2455470

주민등록번호: 600809-125**** 남/64세

환자명: 김태형

진료의뢰서

진 료 의 료 서			
보험자기호		보험자명칭	의료보험증번호 (세대관리번호)
			26010479500
보험자성명	김태형	주민등록번호	600809-1253918
수진자성명	김태형	주민등록번호	600809-1253918
수진자주소	서울특별시 서대문구 연희로33길 11-3 301호 (연희동)		
상 병 명	상세불명의 흉통		분류기호 R074
진료기간	2024-12-12 ~ 2024-12-12	진료구분	○입원 ○외래
환자상태및 진료소견	<p>특이질환 과거력 없는 환자로 간헐적으로 발생하는 흉통 및 흉부 답답함으로 귀병원에서 진료 및 검사 원하여 문의드리오니 고진선처 바랍니다. 감사합니다.</p> <p>진료상 M3/홍성진 1988-08-08 H/64 2455470 김태형</p> <p>898-02-01763</p>		
발급일 2024-12-12 담당의사 박은찬 (서명 또는 날인) 면허번호 88041 요양기관지정번호 13309650 명 칭 굿웰의원			

- 주: 1. 이 진료의뢰서는 1차진료후 2차진료를 받고자 하는 경우 1차 진료담당의사로부터 요양급여
기준에 따라 무상으로 교부됩니다.
2. 의사의 발급일부터 7일(공휴일 제외)이내에 사용하여야 합니다.
3. 환자상태 및 진료소견란에는 현증, 검사, 투약 등 주요진료내용을 구체적으로 기재하기 바람
여백 부족시에는 뒷면을 활용하기 바랍니다.