

서식 1

코로나19 검사의뢰서 (선별진료소 제출용)

(앞면)

의뢰기관	의료기관명	담당자		성명		
	주소			휴대전화		
				(전화번호:)		
				(팩스번호:)		
환자	성명 (또는 관리번호)	생년월일		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
	연락처	전화		휴대전화		
위험요인		<input type="checkbox"/> 코로나19 의심증상을 가진 가족 또는 지인 접촉 <input type="checkbox"/> 직업상 불특정 다수 접촉 <input type="checkbox"/> 기 확진자 또는 집단발생과의 연관 의심 <input type="checkbox"/> 기타()				
증상		<input type="checkbox"/> 발열 (_____ °C) <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 가래 <input type="checkbox"/> 인후통 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 근육통 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 오한 <input type="checkbox"/> 후각 소실 <input type="checkbox"/> 미각 소실 <input type="checkbox"/> 기타증상()				
검사항목		<input type="checkbox"/> 코로나19 <input type="checkbox"/> 동시검사(코로나19+인플루엔자)				
담당의사 소견서 <div style="text-align: right;"> 담당의사 : _____ (서명 또는 인) </div>						
위와 같이 코로나19 등 진단검사를 의뢰합니다. <div style="text-align: center;"> _____ 년 _____ 월 _____ 일 </div> <div style="text-align: right;"> 의뢰기관의 장 [인] </div>						
선별진료소장 귀하						
유의사항						
1. 의뢰인은 「의료법」에 따른 의료기관이어야 합니다. 2. 환자 연락처는 검사 결과 회신이 가능한 번호이어야 합니다.						
처리 절차						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">의뢰서 작성</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">환자 전달</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">선별진료소 방문</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">검사 실시</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">결과 통보</div> </div>						
의료기관		환자			선별진료소	

서식 2**검사 결과 제공 동의서 (선택)**

(뒷면)

 신청인 기본 정보

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	
----	--	----	---	------	--

 개인정보 수집·이용·제공 동의

개인정보 수집 및 이용 안내	
수집하는 개인정보의 항목	의료법 시행규칙 제14조(진료기록부 등의 기재사항), 성명, 생년월일, 성별, 코로나19 또는 인플루엔자 진단검사 결과
개인정보의 수집 및 이용 목적	코로나19 또는 인플루엔자 진단검사 결과를 검사 의뢰한 의료기관에 통보
개인정보의 수집 및 이용기간	의료법 시행규칙 제 15조(진료기록부 등의 보존)에 명시된 기간에 준하여 보유하며, 연속적인 의료서비스 제공을 위해 더 연장할 수 있습니다.

본인은 「개인정보보호법」에 의거하여 위 사항에 대해 충분히 인지하였으며, 성명, 생년월일, 성별, 코로나19 또는 인플루엔자 진단검사 결과를 검사 의뢰한 의료기관에 제공하는 데에 동의합니다.

성명 : (서명)

년 월 일

※ 동의하지 않아도 검사를 받을 수 있으며, 검사결과는 본인에게만 통보됩니다.