**KIM MEDICAL GROUP**

**Chart #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A. 환자의 정보**

소셜번호\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이름(영문) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

성 (영문) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

성별 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

결혼여부:□ 기혼 □ 미혼 □ 이혼 □ 사별 □ 미성년자

자녀여부: □ 없다 □ 한명 □ 두명 □ 세명 □ 이상\_\_\_\_\_

저희 오피스를 어떻게 알고 오셨습니까? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

집주소\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이메일\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

집 전화번호 (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

핸드폰 번호 (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**직장명**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

직장 전화번호(\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

직장주소\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**나의 건강정보에 대한 음성 메세지를 표시한 곳에 남기는 것을 승인합니다: □ 집 □ 핸드폰 □ 둘다**

**B. 의료보험 정보**

의료보험이 있으십니까? □ 네 **\*\*보험이 있으시면 접수 담당자에게 보험카드와 신분증을 제시해 주시기 바랍니다\*\***

 □ 아니요

**C. 비상 연락망**

이름 (영문) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

성 (영문) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

성별\_\_\_\_\_\_\_\_ 환자와의 관계\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

집 전화번호(\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

핸드폰 번호(\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**사전 의로 의향서 있으습니까? □ 네 □ 아니요 정보를 원화십니까? □ 네 □ 아니요**

**D. 보험관계에 대한 서명**

김방선 내과에서 나의 치료내역을 보험 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (보험 이름) 에청구하고 청구금액을 받는것과 보험에서 나의 진료기록을 필요고 할경우 보험으로 보낸다는것을 이해합니다.

**\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_**

**환자 혹은 보호자 서명**  **서명자 이름 (영문으로)**

**\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **날짜** **환자와의 관계**