

## 직업성 질병 의심 사례 의뢰

병원명		직업병안심센터	인하대병원
의뢰번호	(미입력)	병원등록번호	
환자이름		주민등록번호	-
연락처		환자주소	(시/군)

※필수) 직업병안심센터에 환자연락처 제공 :  동의함     동의안함

사업장정보	소속 사업장	사업장명 주소	
	재해현장	위와 동일 <input type="checkbox"/>	
		사업장명	
	업종	<input type="checkbox"/> 제조 <input type="checkbox"/> 건설 <input type="checkbox"/> 농업 <input type="checkbox"/> 광업 <input type="checkbox"/> 서비스 <input type="checkbox"/> 기타(            )	

진단명 <input type="checkbox"/> 임상적추정 <input type="checkbox"/> 최종진단		질 분 기	병 류 호	
	최초 내원일		진단일	

직업관련 내용	<p style="color: gray;">"환자 서술내용 등 기록"</p> <p>1. 무슨 일을 하셨나요?</p> <p>2. 어떤 장비, 약품을 취급하셨나요?</p>
------------	---

의뢰내용	<p>1. 주소</p> <p>2. 내원경위</p>
------	-----------------------------

위와 같이 직업성 질병에 대한 진료가 필요하여 의뢰합니다.

의뢰일		의뢰과	
의뢰인	<input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 기타(            )		(인)