

검 사 의뢰서 (사회복지시설 입소자용)

접수일자: 20 . . .

의뢰시설	사회복지시설 명칭 (대표자 :)
	사업자등록번호(고유번호)
	전화번호
입소예정자	성 명 (생년월일)
	주 소 (전화번호)
	입소(예정)일
대상자 유형	<input type="checkbox"/> 1.노인 <input type="checkbox"/> 2.장애인 <input type="checkbox"/> 3.정신
검사 시기	<input type="checkbox"/> 입소시

유의사항

1. 의뢰시설은 「사회복지사업법」 제2조에 따른 ‘사회복지사업’을 할 목적으로 설치된 시설이어야 하며, 동 진단검사의뢰서 발급일 당시 코로나19 확진검사 급여기준에 해당하는 사회복지시설이어야 합니다.
2. 동 진단검사의뢰서 하단에는 반드시 사회복지시설장의 직인을 날인합니다.
3. 대상자 유형은 각 사회복지시설의 서비스 주요 이용자에 표시합니다. (예시. 노인의료복지시설은 ‘노인’ 선택)
4. 사업자등록번호가 없는 경우 고유번호로 기재합니다.
5. 입소예정일은 사회복지시설 이용 시작일을 기재하며 (예시. 장기요양급여 계약서 제2조 계약기간의 계약개시일 혹은 장애인 거주시설 이용계약서 계약기간의 계약개시일, 단, 병원 퇴원 등으로 재입소하는 경우 시설에 다시 입소하는 일자) 입소 후 3일차 검사의 경우 실제 입소일을 기재합니다.
6. 지원 대상 요건에 해당되지 않음이 추후 확인된 경우에는 기지급한 금액에 대하여 국가가 이를 환수할 수 있습니다. (국민건강보험법 제57조, 의료급여법 제23조)
7. 상기 의뢰서는 사회복지시설장이 작성하여 의료기관에 제출하는 것으로 의료기관에서 보관합니다.

상기 사회복지시설 입소예정자에 대한 코로나-19 진단검사를 의뢰하오니
 검사하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

[] 시설장 [] (인)

검 사 의뢰 서 (입원예정자용)

접수일자: 20 . . .

의뢰 의료기관	명칭 (대표자 :)
	사업자등록번호(고유번호)
	전화번호
입원예정자	성 명 (생년월일)
	주 소 (전화번호)
	입원예정일
의료기관 유형	<input type="checkbox"/> A. 상급종합병원/종합병원/병원의 중환자실, 혈액암 병동, 장기이식 병동 <input type="checkbox"/> B. 상급종합병원/종합병원/병원의 입원환자 중 혈액투석이 필요하여 인공신장실을 이용 <input type="checkbox"/> C. 요양병원/정신의료기관(상급종합병원, 종합병원은 폐쇄병동에 한함)/재활의료기관

유의사항

1. 검사의뢰서는 검사를 의뢰하는 의료기관장(시설장)이 작성하여 검사를 시행하는 의료기관에 제출합니다.
2. 상기 검사의뢰서는 입원예정자의 코로나19 진단검사를 효율적으로 실시할 목적하에 예시로 작성된 것으로 필수적으로 해당 서식을 사용해야하는 것은 아니며, 의료기관 자체적으로 서식을 개발하여 활용하여도 무방합니다.
3. 의뢰 의료기관은 검사대상자가 입원할 의료기관을 기재합니다.
4. 동 진단검사의뢰서 하단에는 반드시 의료기관장의 직인을 날인합니다.
5. 사업자등록번호가 없는 경우 고유번호로 기재합니다.
6. 입원예정일은 실제 입원하는 의료기관에서 작성하며, 환자의 의무기록 등에서 확인되는 예정일을 기재합니다. (재입원 포함)

상기 입원예정자에 대한 코로나-19 진단검사를 의뢰하오니
 검사하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

[] 의료기관장 [] (인)

주 : 이 검사의뢰서는 요양급여를 행함에 있어 적절한 요양급여를 위하여 다른 요양기관으로 의뢰하는 경우에 담당의사로부터 무상으로 교부됩니다.

검 사 의뢰서

발행일자: 20 . .

의뢰 의료기관	명칭 (대표자 :)
	요양기관기호
	전화번호
입원 환자 (간병대상)	성 명 (생년월일)
	등록번호
검사대상자 (상주보호자 ·간병인)	성 명
	생년월일
	상주시작(예정)일

유의사항

1. 상기 검사의뢰서는 검사대상자임을 확인하는 용도로 상주 의료기관내에서도 활용가능하며, 타 의료기관으로 검사의뢰시에는 검사를 의뢰 하는 의료기관장이 작성하여 검사를 시행하는 의료기관에 제출하는 것으로 의뢰서 작성 및 보관은 의무사항은 아닙니다.
2. 상기 검사의뢰서는 상주보호자·간병인의 코로나19 진단검사를 효율적으로 실시할 목적하에 예시로 작성된 것으로 필수적으로 해당 서식을 사용해야 하는 것은 아니며, 의료기관 자체적으로 서식을 개발하여 활용하여도 무방합니다.
3. 의뢰 의료기관은 검사대상자가 상주할 의료기관을 기재합니다.
4. 동 진단검사의뢰서 하단에는 반드시 의료기관장의 직인을 날인합니다.
5. 사업자등록번호가 없는 경우 고유번호로 기재합니다.
6. 상주시작(예정)일은 실제 상주하는 의료기관에서 작성하며, 검사대상자가 실제 상주하는 시작시점을 기재합니다.
7. 민감정보는 활용목적이 달성된 경우 파기합니다.

상기 검사대상자는 당 의료기관 입원환자의 상주보호자·간병인임을 확인하오니 코로나19 진단검사를 실시하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

[] 의료기관장 [] (인)

주 : 이 검사의뢰서는 요양급여를 행함에 있어 적절한 요양급여를 위하여 검사대상자임을 확인하거나 타 의료기관으로 검사를 의뢰하는 용도로 작성되며, 담당의사로부터 무상으로 교부됩니다.