`**‘글로벌 주치의 멤버쉽 서비스’ (제출용)**

|  |
| --- |
| 2차 진단 서비스 이용을 위한개인정보 및 의료정보 제공 동의서 |

1. **개인정보**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **판매원 성명** |  |
| **회원** | **성명** | **한글** |  | **생년월일****(성별, 결혼)** | **(남, 여) (기혼, 미혼, 사별)** |
| **영문** |  |
| **핸드폰번호****기타 전화번호** | **(사무실 / 자택)** | **대리인 연락처****(관계)** | **(배우자, 자녀, 기타: )** |
| **주소** |  |
| **E-mail**  |  | **통역 필요여부** | **(필요 / 불필요)** |

1. **의료 기본정보**

**\* 상세하게 기재하시면 진단에 도움이 됩니다. / 내용이 많을 경우 별지에 추가적으로 작성해 주셔도 무방합니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| **구분** | **내용** |
| **특이사항**  |  |
| **현재 질병****(1년 이내)** | **질병명(진단명)****증상****치료계획(방향)** |
| **과거 질병****치료내용** | **질병명(진단명)****증상****치료내용** |
| **가족병력** |  |
| **알러지 등** |  |
| **신장 체중** | **신장 cm 체중 kg** |
| **음주** | **1주일 회 / 회당 (소주, 맥주, 기타) 병**  |
| **흡연** | **흡연기간 년 / 하루 개피 / 금연 중일 시 표시: / 금연기간:**  |

1. **의료 세부정보**

**\* 상세하게 기재하시면 진단에 도움이 됩니다. / 내용이 많을 경우 별지에 추가적으로 작성해 주셔도 무방합니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| **구분** | **내용** |
| **현재** **복용약물** | **질병명(진단명)****약물명****복용이유****복용회수 : 하루 회****1회 복용량 :** (알약의 경우 몇 알 등으로 표기) |
| **질병명(진단명)****약물명****복용이유****복용회수 : 하루 회****1회 복용량 :** (알약의 경우 몇 알 등으로 표기) |
| **진료(치료)****병원** | **병원명 진료과****담당의사 전화****주소** **E-mail** |
| **진단검사****(조직검사,****방사선촬영****등)** | **검사기관(병원)명** **검사종류(내용)** **전화** **주소** **E-mail** |

**4. 기타 (궁금한 사항, 질문 사항, 요청 사항 등)***\* 내용이 많은 경우 별지에 기재하여 제출하십시오.*

|  |
| --- |
|  |

본인은 (주)아라케어의 ‘글로벌 주치의 멤버쉽 서비스’ 회원(또는 가족)으로서 본인의 2차 진단을 의뢰하기 위해 상기 정보를 제공합니다. 이는 회원 가입 시 사전 동의한 서비스 계약서 및 약관 제 9조에 따라 회사, 메디가이드, 협력병원 및 그 관계자에게 제공되어 2차진단 목적에만 이용되며 목적달성 또는 보존기간 종료 시 파기되는 등 본인 정보관련 취급은 관련법규 및 회사 개인정보취급방침에 따름을 다시 충분히 설명 듣고 이해하였으며 이에 본인의 개인정보 및 의료정보 제공에 동의합니다.

**20 년 월 일**

**본인 (인)**