

진료기록의 열람, 사본 발급, 전송 · 송부 동의서

|          |                                                                                                                       |  |                                                        |  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| 환자<br>본인 | 성명                                                                                                                    |  | 생년월일                                                   |  |
|          | 연락처(전화번호)<br>(전자우편주소)                                                                                                 |  |                                                        |  |
|          | 주소                                                                                                                    |  |                                                        |  |
| 신청인      | 성명                                                                                                                    |  | 환자와의 관계                                                |  |
|          | 연락처(전화번호)<br>(전자우편주소)                                                                                                 |  | 생년월일                                                   |  |
|          | 주소                                                                                                                    |  |                                                        |  |
| 동의<br>내용 | 01. 열람 [ ] / 02. 사본 발급 [ ] / 03. 다른 의료기관에 대한 전송 · 송부 [ ] (동의할 사항 [ ]에 “√” 표시)                                         |  |                                                        |  |
|          | 의료기관 명칭                                                                                                               |  | 전송 · 송부 받을 의료<br>기관 명칭<br>(진료기록 전송 · 송부의 경<br>우만 적습니다) |  |
|          | 진료기간                                                                                                                  |  |                                                        |  |
|          | 발급(전송 · 송부)<br>사유                                                                                                     |  |                                                        |  |
|          | 발급(전송 · 송부) 범위<br>(환자 본인이 직접 적습니<br>다)                                                                                |  |                                                        |  |
|          | 예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본,<br>조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등 |  |                                                        |  |

본인(또는 법정대리인)은 위 신청인(            )이 「의료법」 제21조제3항 및 제21조의3제2항과 같은 법 시행규칙 제13조의3제1항 · 제2항 및 제13조의5제2항에 따라 위의 동의 내용과 같이 본인 진료기록의 열람, 사본 발급 또는 전송 · 송부를 요청하는 데 동의합니다.

20    년    월    일

본인(또는 법정대리인) \_\_\_\_\_ (자필서명)

\* 법정대리인 : ① 법원이 대리인으로 선임한 자 (증명서 제출 필수) ② 14세 미만 소아환자의 친권자 (가족관계서류 제출 필수)