

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

|  |                         |         |
|--|-------------------------|---------|
| 환자<br>본인   | 성명                      | 생년월일    |
|  | 연락처(전화)<br>(전자우편)       |         |
|  | 주소                      |         |
| 신청인  | 성명                      | 환자와의 관계 |
|  | 연락처(전화)<br>(전자우편)       | 생년월일    |
|  | 주소                      |         |
| 열람<br>및<br>사본<br>발급<br>범위  | 의료기관 명칭                 |         |
|  | 진료기간                    |         |
|  | 발급 사유                   |         |
|  | 발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다) |         |
| 예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등 |                         |         |

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)