

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일 (외국인등록번호)	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	생년월일 (외국인등록번호)	연락처
	주 소	
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	
	진료 기간	
	발급 사유	
	<div>발급 범위</div> <div><input type="checkbox"/> 진료기록부 ( ) 사본</div> <div><input type="checkbox"/> 처방전 사본 <input type="checkbox"/> 수술기록 사본</div> <div><input type="checkbox"/> 검사내용 및 검사 소견기록의 사본 <input type="checkbox"/> 방사선 사진(영상물을 포함)</div> <div><input type="checkbox"/> 소견서, 진단서 사본 <input type="checkbox"/> 간호기록부 사본</div> <div><input type="checkbox"/> 조산기록부 사본 <input type="checkbox"/> 사망진단서, 시체검안서 사본</div> <div><input type="checkbox"/> 기타 ( )</div>	

본인(또는 법정대리인)은 상기 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)

※ 비고 : 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.