

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

|                           |  |         |
|---------------------------|--|---------|
| 환자<br>본인                  | 성 명  | 연락처     |
|                           | 생년월일   |         |
|                           | 주 소  |         |
| 신청인                       | 성 명  | 환자와의 관계 |
|                           | 생년월일   | 연락처     |
|                           | 주 소  |         |
| 열람<br>및<br>사본<br>발급<br>범위 | <b>의료기관 명칭</b>   |         |
|                           | <b>진료기간</b>  |         |
|                           | <b>발급 사유</b>   |         |
|                           | <b>발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)</b>   |         |
|                           | 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)