

환자 본인	성명		전화번호	
	생년월일			
	주소			
대리 진료 사유	☐ 환자의 거동 불능 ☐ 기타()			
	※ 대리진료는 아래의 4 가지 조건이 모두 충족해야 가능합니다 ① 동일상병 ② 장기간 동일처방 ③ 환자의 거동 불능 ④ 주치의가 안정성을 인정			
신청인 (직계)	성명		환자와의 관계	
	생년월일 (외국인등록번호)		전화번호	
	주소			

본인 (또는 법정대리인)은 상기 신청인 () 이
 [의료법] 제17조 1항의 예외 조항에 따라 환자 본인의 대리진료/처방에 대한
 일체 권한을 상기 신청인에게 위임하는 것에 동의합니다 .

20 년 월 일

본인 (또는 법정대리인) (자필 서명)

비 고

- 환자 본인이 만 14 세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.
- 제출서류 : 환자가 자필 서명한 동의서, 환자신분증(사본), 대리진료자 신분증, 가족관계증명서
- 배우자, 형제, 자매, 직계혈족의 배우자, 배우자 직계혈족, 배우자의 형제, 자매 진료 가능
- 직계가족 외 제3자 진료는 불가(단, 아래의 해당하신 분중에 환자의 거동이 불편한 경우에만 인정됩니다.)
 - 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 종사자
 - 「장애인복지법」 제58조제1항제1호의 장애인 거주시설에서 근무하는 종사자