

진료기록의 열람, 사본 발급, 전송·송부 동의서

환자 본인	성명		전화번호	
	생년월일		전자우편	
	주소			

신청인	성명		전화번호	
	생년월일		전자우편	
	환자와의 관계			
	주소			

동의 내용	☐ 열람 ☐ 사본 발급 ☐ 다른 의료기관에 대한 전송·송부 (동의할 사항 ☐ 에 “√” 표시)	
	의료기관 명칭	전송·송부 받을 의료기관 명칭 (진료기록 전송·송부의 경우만 적습니다)
	진료기간	
	발급(전송·송부) 사유	
	발급(전송·송부) 범위 (환자 본인이 직접 적습니다)	
	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 위 신청인 () 이 「의료법」 제21조 제3항 및
 제21조의 3제 2항과 같은 법 시행규칙 제13조의 3제 1항·제2항 및
 제13조의 5제 2항에 따라 위의 동의 내용과 같이
 본인 진료기록의 열람, 사본 발급 또는 전송·송부를 요청하는데 동의합니다.

20 년 월 일

본인 (또는 법정대리인)

(서명)