|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2018. 9. 27.> | |  |
| 진료기록 열람 및 사본발급 동의서 | | |
| 환자  본인 | 성 명 | 연락처 |
| 생년월일 | |
| 주 소 | |
|  | | |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 생년월일 | 연락처 |
| 주 소 | |
|  | | |
| 열람  및  사본  발급  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) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] <개정 2014.8.6> | |  |
| **진료기록 열람 및 사본발급 위임장** | | |
| 수임인 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일(외국인등록번호) | 위임인과의 관계 |
| 주소 | |
|  | | |
| 위임인 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일(외국인등록번호) | |
| 주소 | |
| 위임인은 「의료법」제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.  년 월 일  위임인 (자필서명) | | |
|  | | |
| 210mm×297mm | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서** | | |
| 확인자 | 성 명 | 생년월일 (외국인등록번호) |
|  | 환자와의 관계 | |
| 환자 | 성 명 | 생년월일 (외국인등록번호) |
| 확인사항 | 상기 환자의 직계 존속‧비속 및 환자의 배우자, 배우자의 직계존속의 부존재 | |
| 본인(확인자)은 「의료법」제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3의 제1항 및 제3항에 따라  상기 환자( )의 배우자 및 직계 존속‧비속, 배우자의 직계존속이 모두 없음을 확인합니다.  년 월 일  본인(확인자) (자필서명) | | |
|  | | |
| **유 의 사 항** | | |
| 환자의 형제‧자매가 「의료법 시행규칙」[별표 2의2]에 따라 환자의 동의를 받을 수 없고, 환자의 배우자 및 직계 존속‧비속, 배우자의 직계존속이 모두 없을 경우에 작성합니다. | | |

-끝-