**[별지 2] 진료기록 열람 및 사본발급 동의서**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | |
| 발급사유 | |
| 발급범위 (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\*) 이 름 **(자필서명)**  \*법정대리인 : ① 법원이 대리인으로 선임한 자(증명서 제출)  ② 14세 미만 소아환자의 친권자(확인 서류 제출) | | |
|  | | |