* 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2024. 11. 7.>

진 료기 록 열람 및 사본 발 급 동의 서

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 환자 본인 | 성 명 | 생년월일 |
| 연락처(전화)  (전자우편) | |
| 주 소 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 연락처(전화)  (전자우편) | 생년월일 |
| 주 소 | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **의료기관 명칭** |
|  | **진료기간** |
| 열람 |  |
|  |
| 및 | **발급 사유** |
|  |  |
| 사본 | **발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)** |
| 발급 |  |
| 범위 |  |
|  | 예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방 사선 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 2024. 11. 7.>

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 수임인 | 성 명 | 생년월일(외국인등록번호) |
| 연락처(전화)  (전자우편) | 위임인과의 관계 |
| 주 소 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 위임인 | 성 명 | 생년월일(외국인등록번호) |
| 연락처(전화)  (전자우편) | |
| 주 소 | |

위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인 (자필서명)