

진료기록의 열람, 사본 발급, 전송·송부 동의서

환자 본인	성 명	생년월일
	연락처(전화번호) (전자우편주소)	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	연락처(전화번호) (전자우편주소)	생년월일
	주 소	
동의 내용	01. 열람 [] / 02. 사본 발급 [] / 03. 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」 제21조제3항 및 제21조의3제2항과 같은
법 시행규칙 제13조의3제1항·제2항 및 제13조의5제2항에 따라 위의 동의 내용과 같이 본인 진료기록
의 열람, 사본 발급 또는 전송·송부를 요청하는 데 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(서명)

[별지 37]

■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의3서식]

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수임인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주 소	

위임인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	

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)