|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2024. 11. 7.> | | |  |
| 진료기록 열람 및 사본발급 동의서 | | | |
| 환자  본인 | 성 명 | 생년월일 | |
| 연락처(전화)  (전자우편) | | |
| 주 소 | | |
|  | | | |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 | |
| 연락처(전화)  (전자우편) | 생년월일 | |
| 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) | | | |