■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식]

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 (본인)	성 명		생년월일	
	연락처 (전화)		전자우편	
	주 소			
신청인	성 명		환자와의 관계	
	연락처 (전화)		생년월일	
	주 소			
열람 및 사본발급 범위	의료기관 명칭	최우수정형외과의원		
	진료기간	년 월 일 ~ 년 월 일		
	발급 사유			
	발급 범위 (환자 본인이 직접 표시)	☐ 진료기록부 ☐ 처방전 ☐ 수술기록 ☐ 검사내용 및 검사소견기록 ☐ 방사선 사진(영상물 포함) 및 그 소견서 ☐ 간호기록부 ☐ 진단서 ☐ 기타 ( )		
	재위임	☐ 재위임에 동의함 ☐ 동의하지 않음		

본인(또는 법정대리인)은 위 신청인에게 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 위와 같이 본인에 관한 진료기록의 열람 및 사본발급을 하는 것에 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) _____ (자필서명)

최우수정형외과의원장 귀하

유의사항

1. 동의서는 환자 본인(만 14세 미만은 법정대리인)이 직접 작성하고 자필로 서명해야 합니다.
2. 재위임을 하려면 위 재위임란에 동의 여부를 반드시 표시해야 합니다.
3. 신청 시 신청인 신분증, 환자 신분증 사본 및 친족관계를 확인할 수 있는 서류 등 구비서류를 함께 제출해야 합니다.