■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식]

진료기록 열람 및 사본발급(전송등) 동의서

환자 본인	성 명	생년월일
	연락처(전화) (전자우편)	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	연락처(전화) (전자우편)	생년월일
	주 소	
동의 범위	**01. 열람 [ ] / 02. 사본 발급 [ ] / 03. 다른 의료기관에 대한 전송등 [ ]** (동의할 사항 [ ]에 "√" 표시)	
	의료기관 명칭 **의료법인서봉의료재단 보강병원**	**(전송시) 전송받을 의료기관 명칭**
	진료기간	
	발급(전송등) 사유	
	발급(전송등) 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 위 신청인( )이 위 동의 범위 란에서 기재된 바와 같이「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것 또는 「의료법」 제21조의3 및 같은 법 시행규칙 제13조의5에 따라 본인의 진료기록등을 전원하는 의료기관으로 전송 요청을 하는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) (자필서명)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]