

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 의료법인 미소들의료재단 미소들노인전문병원	전송·송부 받을 의료기관 명칭(진료기록 전송·송부의 경우만 적습니다)
	진료기간	
	발급(전송·송부) 사유 ☐ 개인보관용 ☐ 타 의료기관 제출 ☐ 보험회사용 ☐ 공공기관용 ☐ 기타 ()	
	발급(전송·송부) 범위(환자 본인이 직접 적습니다) ☐ 전체 ☐ 투약기록 ☐ 혈액검사결과 ☐ 입원기록 ☐ 퇴원요약 ☐ 방사선검사결과 ☐ 경과기록 ☐ Vital Sign ☐ 영상자료복사(CD) ☐ 간호기록 ☐ BST ☐ 재활치료 및 평가 ☐ 외래기록 ☐ 기타 ()	
	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 진료기록의 열람, 사본 발급 또는 전송·송부를 요청하는 데 동의합니다.

년 월 일
본인(또는 법정대리인) (서명)