■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2018. 9. 27.>

# 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

| | | |
|---|---|---|
| 환자 본인 | 성 명 | 연락처 |
| | 생년월일 | |
| | 주 소 | |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| | 생년월일 | 연락처 |
| | 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)

S-HEAL PAIN & ORIENTAL MEDICAL CLINIC
에스힐 마취통증의학과의원/한의원