* 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2025. 6. 20.>

진 료기 록의 열람 , 사본 발 급 , 전 송 ㆍ송부 동 의 서

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 환자 본인 | 성 명 | 생년월일 |
| 연락처(전화번호)  (전자우편주소) | |
| 주 소 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 연락처(전화번호)  (전자우편주소) | 생년월일 |
| 주 소 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **01. 열람 [ ] / 02. 사본 발급 [ ] / 03. 다른 의료기관에 대한 전송ㆍ송부 [ ]** | |
|  | (동의할 사항 [ ]에 “√” 표시) | |
|  | **의료기관 명칭** | **전송ㆍ송부 받을 의료기관 명칭**(진료기록 전송ㆍ송부의 |
|  |  | 경우만 적습니다) |
|  | **진료기간** | |
| 동의 |  | |
| **발급(전송ㆍ송부) 사유** | |
| 내용 |  | |
|  | **발급(전송ㆍ송부) 범위(환자 본인이 직접 적습니다)** | |
|  | 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 제13조의3제1항ㆍ제2항 및 제13조의5제2항에 따라 위의 동의 내용과 같이 본인 진료기록 의 열람, 사본 발급 또는 전송ㆍ송부를 요청하는 데 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) (서명)