

## 진료기록의 열람, 사본 발급, 전원 전송 · 송부 동의서

|                                                                                                                                                                    |                       |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|
| <div style="text-align: center;"> <div style="border: 2px dashed blue; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>환자<br/>(본인)</b> </div> </div> | 성 명                   | 생년월일 |
|                                                                                                                                                                    | 연락처(전화번호)<br>(전자우편주소) |      |
|                                                                                                                                                                    | 주 소                   |      |

  

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

  

|                           |                                                                                                                       |                                           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 열람<br>및<br>사본<br>발급<br>범위 | 01. 열람 [ ] / 02. 사본 발급 [ ] / (동의할 사항 [ ]에 “√” 표시)<br>03. 전원시 다른 의료기관에 대한 전송·송부 [ ] (입원중 전원환자에 한함)                     |                                           |
|                           | 의료기관 명칭     서울아산병원                                                                                                    | 전송·송부 받을 의료기관 명칭(진료기록<br>전송·송부의 경우만 적습니다) |
|                           | 진료기간                                                                                                                  |                                           |
|                           | 발급(전송·송부) 사유                                                                                                          |                                           |
|                           | 발급(전송·송부) 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)                                                                                        |                                           |
|                           | 예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본,<br>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\*)     이 름                      (자필서명)

\*법정대리인: ① 법원이 대리인으로 선임한 자(증명서 제출)  
② 14세 미만 소아환자의 친권자(확인 서류 제출)