**진료기록 열람 및 사본발급 동의서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환자본인** | **성명** |  | **연락처** | |  |
| **주민등록번호**  **(외국인등록번호)** |  | | | |
| **주소** |  | | | |
| **신청인** | **성명** |  | **환자와의 관계** | |  |
| **주민등록번호**  **(외국인등록번호)** |  | | **연락처** |  |
| **주소** |  | | | |
| **열람**  **및**  **사본발급**  **범위** | **열람하고자 하는**  **내용 및 사유** |  | | | |
| **사본발급 받고자하는**  **내용 및 사유** |  | | | |
| 본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」제21조제2항 및  같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나  사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.  년 월 일    본인(또는 법정대리인) (자필서명) | | | | | |

※ 비고: 환자 본인이 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성합니다.