※(✔)표시는 전부 작성하셔야 합니다.

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

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	**전송·송부 받을 의료기관 명칭**(진료기록 전송·송부의 경우만 적습니다)
	✔ **진료기간**	
	✔ **발급(전송·송부) 사유**	
	✔ **발급(전송·송부) 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 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) ✔ (자필서명)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]