

# 의무기록 사본발급(열람) 신청서

사본발행번호 \_\_\_\_\_

- 환자 본인 및 구비서류를 확인하였습니다. 담당자 확인(서명): @USERNM \_\_\_\_\_

등록번호: @UNIT_NO	환자성명: @PATIENT_NAME	병동-병실-병상:@WA_ROOM_BED
신청인 성명: _____ (서명) _____		
환자와의 관계: _____ 연락처(휴대폰): _____		
신청목적: <input type="checkbox"/> 보험회사 <input type="checkbox"/> 타병원 <input type="checkbox"/> 병무용 <input type="checkbox"/> 직장용 <input type="checkbox"/> 공공기관 <input type="checkbox"/> 개인보관 <input type="checkbox"/> 회송 <input type="checkbox"/> 기타 _____		

위의 신청인의 자격을 확인하였으므로 표시된 부분의 의무기록 사본을 발급함에 동의합니다.

## [사본 발급(열람)을 원하는 부분]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 외래차트   | <input type="checkbox"/> 입원차트(퇴원일: _____)                                       |
| <input type="checkbox"/> 해당과 전체   | <input type="checkbox"/> 전체   |
| <input type="checkbox"/> 진료기록( _____ )  | <input type="checkbox"/> 퇴원요약( _____ )  |
| <input type="checkbox"/> 초진( _____ ) <input type="checkbox"/> 재진( _____ )     | <input type="checkbox"/> 입원기록( _____ )  |
| <input type="checkbox"/> 조직검사( _____ ) <input type="checkbox"/> 세포병리( _____ ) | <input type="checkbox"/> 경과기록( _____ )  |
| <input type="checkbox"/> 임상병리검사결과( _____ )                                    | <input type="checkbox"/> 수술기록( _____ )  |
| <input type="checkbox"/> 영상검사결과 ( _____ )                                     | <input type="checkbox"/> 간호정보조사지 ( _____ )                                      |
| <input type="checkbox"/> MRI( _____ ), <input type="checkbox"/> CT( _____ )   | <input type="checkbox"/> 조직검사 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 세포병리 ( _____ ) |
| <input type="checkbox"/> 초음파( _____ ), <input type="checkbox"/> PET( _____ )  | <input type="checkbox"/> 임상병리검사결과( _____ )                                      |
| <input type="checkbox"/> 내시경( _____ ), <input type="checkbox"/> 기타( _____ )   | <input type="checkbox"/> 영상검사결과 ( _____ )                                       |
| <input type="checkbox"/> 응급실기록( _____ )                                       | <input type="checkbox"/> MRI( _____ ), <input type="checkbox"/> CT( _____ )     |
| <input type="checkbox"/> 기타 _____   | <input type="checkbox"/> 초음파( _____ ), <input type="checkbox"/> PET( _____ )    |
|   | <input type="checkbox"/> 내시경( _____ ), 기타( _____ )                              |
|   | <input type="checkbox"/> 기타 _____   |

\*신청자별 구비서류: 의료법 시행규칙 제13조 3항에 따라 아래 서류가 구비되어야 발급 가능합니다.

신청자		제출서류	
<input type="checkbox"/> 환자	본인	<input type="checkbox"/> 본인 신분증	
<input type="checkbox"/> 친족	배우자, 직계존비속, 배우자의 직계존속	<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증	<input type="checkbox"/> 환자의 신분증 사본
		<input type="checkbox"/> 가족관계증명서(또는 주민등록등본)	<input type="checkbox"/> 환자의 자필 동의서
<input type="checkbox"/> 지정 대리인	형제자매, 며느리, 사위, 지인, 보험회사	<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증	<input type="checkbox"/> 환자의 신분증 사본
		<input type="checkbox"/> 환자의 자필 동의서	<input type="checkbox"/> 환자의 자필 위임장

\*사망, 의식불명 등 환자의 동의를 못 받는 경우에는 친족만 수령 가능함.

\*만 14세 이상 ~ 17세 미만: 환자 사진이 있는 신분증 제시(학생증, 여권 등).

\*만 14세 미만: 환자의 법정대리인이 환자를 대신함.(법정대리인의 신분증, 관계확인서류 제출)

20 . .

진료과 \_\_\_\_\_ 주치의 \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)