

# 진료기록 열람 및 사본 발급 신청서

직원 작성	
진료과	
병록번호	
성명	

## 1. 신청자의 인적사항 및 용도

신청인 성명	환자와의 관계	<input type="checkbox"/> 환자본인	생년월일	
		<input type="checkbox"/> 본인 이외 ( )	연락처	
<b>사본 용도</b>				
<input type="checkbox"/> 타 병원 제출용 <input type="checkbox"/> 보험회사 제출용 <input type="checkbox"/> 법원 제출용 <input type="checkbox"/> 학교 제출용 <input type="checkbox"/> 직장 제출용 <input type="checkbox"/> 관계기관 제출용( ) <input type="checkbox"/> 기타( )				

## 2. 신청내용

신청 내용
<input type="checkbox"/> 초진기록지
<input type="checkbox"/> 외래기록지
<input type="checkbox"/> 응급실기록지
<input type="checkbox"/> 입퇴원기록지
<input type="checkbox"/> 입원기록지
<input type="checkbox"/> 경과기록지
<input type="checkbox"/> 의사지시기록지
<input type="checkbox"/> 수술기록지
<input type="checkbox"/> 혈액검사결과지
<input type="checkbox"/> 영상 판독지
<input type="checkbox"/> 조직검사결과지(수탁)
<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> 간호정보조사지
<input type="checkbox"/> 간호기록지
<input type="checkbox"/> 응급실간호기록지
<input type="checkbox"/> 의사소견서
<input type="checkbox"/> 진단서(각 종 진단서)
<input type="checkbox"/> 사망진단서
<input type="checkbox"/> 입퇴원확인서(상병무)
<input type="checkbox"/> 통원확인서(상병무)
<input type="checkbox"/> 진료확인서(상병무)
<input type="checkbox"/> 진료의뢰서
<input type="checkbox"/> CD copy
<input type="checkbox"/> 병리슬라이드
<input type="checkbox"/> 기타( )
( <input type="checkbox"/> 진료비영수증/상세내역서 )

※ 보건복지부 의정 65507-275(2003.04.08.), 의료법 시행 규칙 제13조의 3에 의거 법적으로 지정된 구비서류를 구비하지 못하신 신청자는 진료기록 사본 발급에 제한을 받을 수 있습니다.

위 기록이 유출 될 경우 병원에서는 책임이 없으며, 의료법 제21조의 규정에 의해 위임 받은 사람(환자본인이외의 자, 보험회사 직원 및 회사 등)이 민·형사상의 처벌을 받을 수 있음을 고지 받고 확인합니다. 상기환자의 진료기록 사본발급에 동의하오며 신청자에게 사본발급을 허락하여 주시기 바랍니다.

신청자 : (인)

본인신분증) 발급기관 :

발급일 :

20    년    월    일

※ 신청자와 환자와의 관계 및 구비서류 확인 서류 ※

1) 신분증 : 주민등록증, 운전면허증, 여권 2)가족관계증명서, 등본 : 친족 관계임을 확인할 수 있는 서류  
 ※ 가족관계증명서, 주민등록표 등본 등 관공서에서 발행하는 서류는 최근 3개월만 유효함.

신청인	환자와의 관계	구비서류
<input type="checkbox"/> 환자본인	본인	<input type="checkbox"/> 환자본인 신분증
*환자가 만14세 미만인 경우	<input type="checkbox"/> 환자본인	<input type="checkbox"/> 환자본인 신분증 ※ 만17세 미만 주민등록미발급자 : 신분증(여권, 학생증), 가족관계증명서, 주민등록초본(주민등록전체확인) 등
	<input type="checkbox"/> 친족 (환자의 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속)	<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증 <input type="checkbox"/> 신청인과의 관계증명서
	<input type="checkbox"/> 환자가 지정한 대리인 (보험회사 등)	<input type="checkbox"/> 법정대리인 신분증
		<input type="checkbox"/> 신청자 신분증
		<input type="checkbox"/> 법정대리인과의 관계증명서
		<input type="checkbox"/> 법정대리인이 서명한 위임장
		<input type="checkbox"/> 법정대리인이 서명한 동의서
<input type="checkbox"/> 친족	배우자, 환자의 직계존비속 또는 배우자의 직계존속	<input type="checkbox"/> 환자본인 신분증
		<input type="checkbox"/> 가족관계증명서, 주민등록등본(친족관계임을 확인)
		<input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 동의서
		<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증
<input type="checkbox"/> 환자지정 대리인	형제, 자매, 사위, 며느리, 삼촌, 이모, 고모, 친구, 지인, 보험회사 등	<input type="checkbox"/> 환자본인 신분증
		<input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 위임장
		<input type="checkbox"/> 환자 자필 서명한 동의서
		<input type="checkbox"/> 신청자의 신분증
환자의 동의를 받을 수 없는 경우 ▶ 사망 ▶ 의식불명 ▶ 의사무능력자	<input type="checkbox"/> 친족 (환자의 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속)	<input type="checkbox"/> 친족관계를 확인할 수 있는 서류
		▶ 타병원에서 사망, 의식불명, 의사무능력자일 경우(추가서류)
		<input type="checkbox"/> 사망사실을 확인할 수 있는 서류(사망진단서, 제적등본)
		<input type="checkbox"/> 환자의 동의를 받을 수 없음을 증명하는 서류(진단서 등)
		<input type="checkbox"/> 친족의 신분증