진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명		연락처	
	생년월일 (앞6자리)			
	주 소			
신청인	성 명		연락처	
	생년월일 (앞6자리)		관 계	
	주 소			
발급범위	기록열람 내용 및 사유			
	사본발급 내용 및 사유			

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인이 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의 2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인): (자필서명)

비고: 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.

기찬통증의학과의원