

# 의무기록 사본발급 및 제증명 신청서

등록번호 :

환자성명 :

|           |       |           |       |
|-----------|-------|-----------|-------|
| 신 청 인 :   | _____ | 연 락 처 :   | _____ |
| 생 년 월 일 : | _____ | 환자와의 관계 : | _____ |
| 주 소 :     | _____ |           |       |

※ 다음 해당 사항에 v표기를 넣어 주십시오.

**신청목적**

- |                                   |                                  |                                 |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 보험회사 제출용 | <input type="checkbox"/> 타병원 제출용 | <input type="checkbox"/> 회사 제출용 |
| <input type="checkbox"/> 공공기관 제출용 | <input type="checkbox"/> 병무청 제출용 | <input type="checkbox"/> 기타 :   |

**신청내용**

- |                             |                                  |                                  |                                    |   |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| ① 의무기록                      | <input type="checkbox"/> 초진기록지   | <input type="checkbox"/> 경과기록지   | <input type="checkbox"/> 입원기록지     |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 퇴원기록지   | <input type="checkbox"/> 간호정보조사지 | <input type="checkbox"/> 기타 :      |   |
| ② 제 증 명                     | <input type="checkbox"/> 진단서     | 매                                | <input type="checkbox"/> 입퇴원확인서    | 매 |
|                             | <input type="checkbox"/> 소견서     | 매                                | <input type="checkbox"/> 진료확인서     | 매 |
|                             | <input type="checkbox"/> 진료의뢰서   | 매                                | <input type="checkbox"/> 기타 :      | 매 |
| ③발급 범위<br>(환자 본인이 직접 작성합니다) | <input type="checkbox"/> 초진기록지   | <input type="checkbox"/> 조직검사결과지 | <input type="checkbox"/> 검사결과지     |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 외래기록지   | <input type="checkbox"/> 입원기록지   | <input type="checkbox"/> 판 독 지     |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 경과기록지   | <input type="checkbox"/> 간호정보조사지 | <input type="checkbox"/> 건강검진사본    |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 수술기록지   | <input type="checkbox"/> 간호기록지   | <input type="checkbox"/> 영상자료 CD   |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 입·퇴원요약지 | <input type="checkbox"/> 응급실기록지  | <input type="checkbox"/> 상세내역서/영수증 |   |
|                             | <input type="checkbox"/> 기 타     | <input type="checkbox"/> 소 견 서   |                                    |   |

※ 수령한 위임장 및 동의서의 모든 기재사항과 그 취지를 이해하고 자필서명 확인함.

의무기록사본(제증명) 발급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 : \_\_\_\_\_ (인)

환자 본인 확인 : 신분증  주민등록증  운전면허증  여권  복지카드  기타

발행기관 : \_\_\_\_\_ 발행일자 : \_\_\_\_\_

**<유의사항>**

의료법 제 21조 및 동시행규칙 제 13조의 2개정에 따라 기록열람에 대한 환자의 동의여부 확인 시 지참한 동의서 및 위임장에는 반드시 환자의 자필서명이 기재되어야 할 것이며, 서류 위조 및 진료비밀 누출에 따른 책임은 서류를 위조한 자에게 부담될 것을 유의하시기 바랍니다.

\*사문서 위조 - 형법 제 231조 \*서명위조 - 형법 제 238조