**●타인내원서류**

 [별지 제9호의2서식]

|  |
| --- |
| **진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서** |
| **환자****본인** | 성 명 |  | 연락처 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  |
| 주 소 |  |
| **신청인** | 성 명 |  | 환자와의 관계 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  | 연락처 |  |
| 주 소 |  |
| **열람 및 사본 발급 범위** | 열람하고자 하는 내용 및 사유 |  |
| 사본발급 받고자 하는 내용 및 사유 |  |
| **본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」****제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 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.



**진료기록 열람 및 사본발급 위임장**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 수임인** | 성 명 |  | 연락처 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  | 위임인과의 관계 |  |
| 주 소 |  |
| **② 위임인** | 성 명 |  | 연락처 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  |
| 주 소 |  |
| **위임인은 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라****「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을****상기 수임인에게 위임합니다.****년 월 일****위임인 (자필서명)** |

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