|  |
| --- |
| ■ Enforcement Regulations of Medical Service Act [Attachment No. 2 of Format 9] <Amended on Sep. 27, 2018>의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2018. 9. 27.> |
| **Consent Form for Disclosure and Copy of Medical Records**진료기록 열람 및 사본발급 동의서 |
| **Patient****(환자본인)** | **Name (성 명)** | **Contact No. (연락처)** |
| **Date of Birth (생년월일)** |
| **Address (주 소)** |
|  |
| **Applicant****(신청인)** | **Name (성 명)** | **Relationship to Patient** **(환자와의 관계)** |
| **Date of Birth (생년월일)** | **Contact No. (연락처)** |
| **Address (주 소)** |
|  |
| **Range of Disclosure** **and****Copy of Medical** **Records****(열람 및** **사본발급****범위)** | **Name of Medical Institution (의료기관 명칭)** |
| **Period of Medical Treatment (진료기간)** |
| **Reason for Releasing Medical Records (발급 사유)** |
| **Range of Copy of Medical Records (The patient is required to fill in this blank.)****(발급 범위, 환자 본인이 직접 작성합니다)** |
| Example) Copy of Medical Records, Prescription, Operation Record, Examination items and Examination Findings, Radiography (including images), Nursing Record, Delivery Record, Medical Certificate, Death Certificate or Postmortem Examination, etc. ***예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등*** |
| **I , the patient (or Legally Authorized Representative), agree that the applicant ( ) can disclose and copy the patient’s medical records according to Article 21 Clause 3 of 「Medical Service Act」and Article 13-3 of the Enforcement Regulations of the same Act.**본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.*Year Month Day* : . . .**Patient (or Legal Representative)** (signature) |