

Authorization to View, Copy, and Send Medical Records

진료기록의 열람, 사본 발급, 전송·송부 동의서

Patient 환자본인	Name 성명	Date of birth/Sex 생년월일/성별
	Contact No.(Tel.) 연락처(전화번호) (E-mail)	
	Address 주소	

Applicant 신청인	Name 성명	Relationship to patient 환자와의 관계
	Contact No.(Tel.) 연락처(전화번호) (E-mail)	Date of birth/Sex 생년월일/성별
	Address 주소	

Details of Consent 동의내용	01. Viewing 열람 [] 02. Issuance of a copy 사본 발급 [] 03. Transmission/Sending to another medical institution 다른 의료기관에 대한 전송·송부 [] (Check “√” for the item you agree to)	
	Name of medical institution 의료기관 명칭	Name of medical institution to receive records (only in case of transmission/sending) 전송·송부 받을 의료기관 명칭(진료기록 전송·송부의 경우만 적습니다)
	Date(s) of Service 진료기간	
	Reason for Issuance (transmission/sending) 발급(전송·송부) 사유	
	Scope of Issuance (The patient must write it themselves) 발급(전송·송부) 범위 (환자 본인 직접 적습니다)	
	Ex) Copy of medical records, prescriptions, operation records, examination and testing results, imaging (CD included), nursing records, medical certificates, death certificate, 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 (or legal representative) hereby agree that the applicant () may request the viewing, copying, or transmission/sending of my medical records as stated in the consent above, in accordance with Article 21 (3) and Article 21-3 (2) of the [Medical Service Act], and Article 13-3 (1 and 2), and Article 13-5 (2) of the Enforcement Rules of the same Act.

본인(또는 법정대리인)은 위 신청인()이 「의료법」 제21조제3항 및 제21조의3제2항과 같은 법 시행규칙 제13조의3제1항·제2항 및 제13조의5제2항에 따라 위의 동의 내용과 같이 본인 진료기록의 열람, 사본 발급 또는 전송·송부를 요청하는 데 동의합니다.

Date : YY MM DD

Patient or Legal Representative (Signature)