

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

Consent Form for Disclosure and Copy of Medical Records

환자 본인 Patient	성 명 Full name	연락처 Contact No.
	생년월일 Social security No./Alien card No./Date of birth	
	주 소 Address	
신청인 Applicant	성 명 Full name	환자와의 관계 Relationship to patient
	생년월일 Social security No./Alien card No./Date of birth	연락처 Contact No.
	주 소 Address	
열람 및 사본 발급 범위 Range of Disclosure and Copy of Medical Records	의료기관 명칭 Name of medical institute	
	진료기간 Consultation period	
	발급 사유 Purpose for disclosure or issue	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다) Range of issue (has to be written by patient)	
Example) Copy of medical record, copy of prescription, copy of surgery record, copy of examination contents and examination findings record etc.		

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.

I (or legally authorized representative) agree that the applicant listed above () can disclose and issue medical records, according to the 「Medical Law」 Article 21 clause 3 of the Korea Medical Service Act and Article 13-3 of the Enforcement Decree of the Medical Service Act.

YYYY MM DD

Patient (or legal representative)

(signature)