의무기록 사본 및 제증명 발급 신청서
(외래 환자용)

등록 번호:
성 명:
성별/나이:

아래와 같이 의무기록 사본발급을 신청합니다.

▣ 발급목적

□ 타병원 제출 □ 보험회사 제출 □ 병무청 제출 □ 법원 제출 □ 관공서 제출
□ 직장 제출 □ 학교제출 □ 기타 _____

▣ 신청자 구비서류

의료법 시행규칙 제13조2항에 따라 아래 서류가 구비되어야 발급 가능합니다.

신청자		제출서류 및 확인서류
□ 환자본인		□ 본인 신분증
□ 친 족	배우자, 직계존비속, 배우자의 직계존속	□ 신청자의 신분증 □ 가족관계증명서(또는 주민등록등본) □ 환자의 자필동의서 □ 기타 :_____
□ 지정대리인	형제·자매, 며느리, 사위, 지인, 보험사 직원	□ 신청자의 신분증 □ 환자의 신분증 사본 □ 환자의 자필 동의서 □ 환자의 자필 위임장 □ 기타 :_____

※ 예외: 신분증 및 구비서류 미지참시에는 반드시 환자본인이 신청·수령한다.

▣ 신청기록

⑦번 창구(의무기록 사본발급 창구)			①~④번 창구 (원무 접수·수납·제증명 창구)
외래 기록	**입원 기록**	**검사 결과지**	**제증명 서류**
진료과 전 체... (부) 외래초진기록(부) 외래재진기록(부) 응급기록...(부) (년 월 일) 투석기록...(부) 물리치료기록(부)	전 체... (부) 퇴원요약지 ...(부) 입원기록지 ...(부) 경과기록지 ...(부) 수술기록지 ... (부) 의사지시기록지(부) 협진기록지... (부) 투약기록지... (부) 간호기록지 ...(부) 간호정보조사지(부) 기 타_____	전체검사결과지(부) 병리검사결과지(부) 진단검사결과지(부) 방사선판독지 (부) 특수검사결과지··(부) 기 타_____	통 원 확인서 (부) 입 원 확인서 (부) 진 료 확인서 (부) 수술( ) 시술( ) 검사( ) 소 견 서 (부) 진 단 서 (부) 진 료 의뢰서 (부) 세 부 내역서 (부) 영 수 증 (부) 보험사소견서 (부) 기 타_____ CD 복사... (장)

▣ 신청일 : 20 년 월 일
▣ 신청인 : (서명)
▣ 환자와의 관계:
▣ 연락처:

동 강 병 원 장 귀 하

의무기록 사본 및 제증명 발급 신청서
(병동 환자용)

등록 번호 :
성 명 :
성별/나이 :

아래와 같이 의무기록 사본발급을 신청합니다.

▣ 발급목적

□ 타병원 제출 □ 보험회사 제출 □ 병무청 제출 □ 법원 제출 □ 관공서 제출
□ 직장 제출 □ 학교제출 □ 기타 _____

▣ 신청자 구비서류

의료법 시행규칙 제13조3항에 따라 아래 서류가 구비되어야 발급 가능합니다.

신청자		제출서류
□ 환자본인		□ 본인 신분증
□ 친 족	배우자, 직계존비속, 배우자의 직계존속	□ 신청자의 신분증 □ 가족관계증명서(또는 주민등록등본) □ 환자의 자필동의서 □ 기타 :_____
□ 지정대리인	형제·자매, 며느리, 사위, 지인, 보험사 직원	□ 신청자의 신분증 □ 환자의 신분증 사본 □ 환자의 자필 동의 □ 환자의 자필 위임장 □ 기타 :_____

※ 예외: 신분증 및 구비서류 미지참시에는 반드시 환자본인이 신청·수령한다.

▣ 신청기록

⑦번 창구(의무기록 사본발급 창구)			①~④번 창구 (원무 접수·수납·제증명 창구)
외래 기록	**입원 기록**	**검사 결과지**	**제증명 서류**
진료과 전 체... (부) 외래초진기록(부) 외래재진기록(부) 응급기록...(부) (년 월 일) 투석기록. ..(부) 물리치료기록(부)	전 체... (부) 퇴원요약지 ...(부) 입원기록지 ...(부) 경과기록지 ...(부) 수술기록지 ... (부) 의사지시기록지(부) 협진기록지... (부) 투약기록지... (부) 간호기록지 ...(부) 간호정보조사지(부) 기 타_____	전체검사결과지(부) 병리검사결과지(부) 진단검사결과지(부) 방사선판독지…(부) 특수검사결과지‥(부) 기 타_____	통 원 확인서 (부) 입 원 확인서 (부) 진 료 확인서 (부) 수술( ) 시술( ) 검사( ) 소 견 서 (부) 진 단 서 (부) 진 료 의뢰서 (부) 세 부 내역서 (부) 영 수 증 (부) 보험사소견서 (부) 기 타_____ CD 복사... (장)

▣ 신청일 : 20 년 월 일
▣ 신청인 : (서명)
▣ 환자와의 관계:
▣ 연락처:

동 강 병 원 장 귀 하