

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	홍두만	연락처
	생년월일	540122-1784114	
	주 소	울산 남구 꽃대나리로 46번길 37-13	
신청인	성 명	송여은	환자와의 관계 손해사정업체
	생년월일	1992.12.22	연락처 010-3971-2320
	주 소	서울 동대문구 서울시립대로28길7 101동 102호	
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	서울더남성의원	
	진료기간		
	발급 사유		
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	진단서, 수술기록지, 초진차트, 재진차트, 검사결과지, 경과기록지 입통원영수증 전체, 세부내역서 전체, 현금영수증 내역, 카드전표 내시경영상 (yeoeun@domu.kr) FAX 0508-905-2320	
	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		

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인(송여은)이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

2026 2 11

홍두만

본인(또는 법정대리인) 홍두만

(자필서명)

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수임인	성 명 송여은	전 화 번 호 010-3971-2320
	생년월일(외국인등록번호) 1992.12.22	위임인과의 관계 손해사정업체
	주 소 서울 동대문구 서울시립대로28길7 101동 102호	
위임인	성 명 홍두만	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호) 540122	
	주 소	

위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

위임인

26 2 11
20 년 월 일
홍두만  (직필필요)