

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	심형래	연락처	010-3062-8910
	생년월일	580103		
	주 소	서울특별시 성동구 금호로 100, 111동 402호		
신청인	성 명		환자와의 관계	
	생년월일		연락처	
	주 소			
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	골드만비뇨기과의원		
	진료기간	2025년 1월1일 ~ 2026년 3월 10일까지		
	발급 사유	보험금 청구		
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	의무기록지 일체, 검사기록지 일체, 진단서, 소견서, 처방 내역서		
	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( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

2026 03 13  
년 월 일

본인(또는 법정대리인) 심형래 (자필서명)

## 진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수임인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주 소	
위임인	성 명                    심형래	전 화 번 호    010-3062-8910
	생년월일(외국인등록번호)    580103	
	주 소                    서울특별시 성동구 금호로 100, 111동 402호	

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

2026    03    13  
          년    월    일

위임인

심형래

(자필서명)