

진료기록 열람 및 사본발급

/ 제증명 발급 신청서

(의료법 제21조 및 시행규칙 제13조3)

서울특별시 북부병원

등록번호: _____

성명: _____

진료과: _____

병동: _____

(발급신청서 바코드 부착)

1. 신청인 정보 및 구비서류

※ 신청자의 구비서류 확인(서류미비 시 발행불가)

2. 신청내용 및 용도

| | | | | |
|--------|------|-----|------|----------------------|
| 신청인 성명 | (서명) | 연락처 | 신청일자 | 20 ____년 ____월 ____일 |
|--------|------|-----|------|----------------------|

| 신청자 구분 (환자와의 관계) | | 구비 서류 |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 환자본인 | | <input type="checkbox"/> 본인 신분증 (* 병동환자: 본인 환자팔찌) |
| <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 시부, 시모 <input type="checkbox"/> 장인, 장모 <input type="checkbox"/> 형제, 자매 (“친족없음” 확인서 제출) | <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 가능 <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 불가능 (의식불명, 질환, 부상, 사망) *자필서명 불가능 주치의 확인 주치의 직접 서명 (서명) | <input type="checkbox"/> 신청자 신분증 <input type="checkbox"/> 친족관계증명서류(가족관계증명서, 등본) <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 동의서 <input type="checkbox"/> 환자 신분증 사본 |
| | <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 지인 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 보험회사 (기타: _____) | 사망, 의식불명 등 환자의 동의를 못 받는 경우에는 직계가족만 수령 가능함 |
| <input type="checkbox"/> 대리인 | | <input type="checkbox"/> 신청자 신분증 <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 동의서 <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 위임장 <input type="checkbox"/> 환자 신분증 사본 |

| <input type="checkbox"/> 입원기록 | | <input type="checkbox"/> 외래기록 | | 용도 |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 진료기간 | | 진료일자 | | |
| 항목 | <input type="checkbox"/> 퇴원기록 | 항목 | <input type="checkbox"/> 외래초진 | <input type="checkbox"/> 타병원 |
| | <input type="checkbox"/> 초진기록 | | <input type="checkbox"/> 외래경과 | <input type="checkbox"/> 보험회사 |
| | <input type="checkbox"/> 입원경과 | | <input type="checkbox"/> 오더기록 | <input type="checkbox"/> 회사 |
| | <input type="checkbox"/> 타과의뢰 | | <input type="checkbox"/> 재활평가 | <input type="checkbox"/> 개인보관 |
| | <input type="checkbox"/> 오더기록(처방) | | <input type="checkbox"/> 재활치료일지 | <input type="checkbox"/> 법원 |
| | <input type="checkbox"/> 간호기록 | | <input type="checkbox"/> 심리검사 | <input type="checkbox"/> 경찰서 |
| | <input type="checkbox"/> 간호정보 | | <input type="checkbox"/> 기능검사 | <input type="checkbox"/> 병무청 |
| | <input type="checkbox"/> 재활평가 | | <input type="checkbox"/> 검체검사 | <input type="checkbox"/> 국민연금공단 |
| | <input type="checkbox"/> 재활치료일지 | | <input type="checkbox"/> 영상검사 | <input type="checkbox"/> 건강보험공단 |
| | <input type="checkbox"/> 검체검사 | | <input type="checkbox"/> 영상 CD | <input type="checkbox"/> 근로복지공단 |
| | <input type="checkbox"/> 영상검사 | | <input type="checkbox"/> 기타() | <input type="checkbox"/> 공공기관(주민센터 등) |
| | <input type="checkbox"/> 영상 CD | | | <input type="checkbox"/> 학교 |
| | <input type="checkbox"/> 기타() | | | <input type="checkbox"/> 기타() |
| 제증명 | <input type="checkbox"/> 진단서 <input type="checkbox"/> 소견서 <input type="checkbox"/> 진료의뢰서 <input type="checkbox"/> 진료증명서 <input type="checkbox"/> 입퇴원확인서 <input type="checkbox"/> 기타() | | | |

| | |
|-----------|---|
| 직원 작성란 | 정신건강의학과 의사 성명: _____ (서명) ※ 해당란은 정신건강의학과 환자의 경우에만 작성 |
| | 간호사 : _____ (서명) |