

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"/> 신청자 신분증 <input type="checkbox"/> 친족관계증명서류(가족관계증명서, 등본) <input type="checkbox"/> 환자 자필서명 동의서 <input type="checkbox"/> 환자 신분증 사본
	<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"/> 진단서(의식불명, 질환, 부상 증빙)/재원환자 주치의 확인 <input type="checkbox"/> 사망사실인증서류(제적등본, 사망진단서)
<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"/> 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"/> 영상 CD	<input type="checkbox"/> 공공기관(주민센터 등)
	<input type="checkbox"/> 영상 CD		<input type="checkbox"/> 기타()	<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)