

의무기록사본발급신청서

◆ 환자/신청자 인적사항

환자명		등록번호		생년월일	
신청자명		환자와의 관계		연락처	

- ◆ 발급목적 타병원 보험회사 병무청, 부대 보훈처 국민연금공단
 법원 경찰서 회사, 학교 근로복지공단 개인보관용
 행정복지센터 기타()

◆ 복사를 원하는 부분

◎ 응급실기록		◎ 입원기록		◎ 제증명	
(내원일자: 년 월 일)		(퇴원일: 년 월 일)		(내원일자: 년 월 일)	
<input type="checkbox"/> 응급초진기록	부	<input type="checkbox"/> 퇴원요약지	부	<input type="checkbox"/> 진단서	부
<input type="checkbox"/> 응급경과기록	부	<input type="checkbox"/> 입원초기평가	부	<input type="checkbox"/> 사망진단서	부
<input type="checkbox"/> 응급처방기록	부	<input type="checkbox"/> 입원경과기록	부	<input type="checkbox"/> 병무용진단서	부
<input type="checkbox"/> 응급간호기록	부	<input type="checkbox"/> 협의진료기록	부	<input type="checkbox"/> 소견서	부
<input type="checkbox"/> 응급검사결과지	부	<input type="checkbox"/> 수술기록	부	<input type="checkbox"/> 의뢰서	부
<input type="checkbox"/> 기타()	부	<input type="checkbox"/> 처방기록	부	<input type="checkbox"/> 입퇴원확인서	부
		<input type="checkbox"/> 간호초기평가지	부	<input type="checkbox"/> 통원확인서	부
		<input type="checkbox"/> 간호기록	부	<input type="checkbox"/> 치료확인서	부
◎ 외래기록		<input type="checkbox"/> 임상병리보고서	부	<input type="checkbox"/> 기타()	부
(내원일자: 년 월 일)					
<input type="checkbox"/> 외래초진기록	부	<input type="checkbox"/> 진단방사선결과지	부	◎ CD COPY 항목	
<input type="checkbox"/> 외래경과기록	부	<input type="checkbox"/> 심전도(EKG)	부	<input type="checkbox"/> 일반 X-RAY	
<input type="checkbox"/> 외래처방기록	부	<input type="checkbox"/> 각종검사결과지	부	<input type="checkbox"/> CT / MRI	
<input type="checkbox"/> 임상병리보고서	부	<input type="checkbox"/> 내시경결과지	부	<input type="checkbox"/> 내시경	
<input type="checkbox"/> 진단방사선결과지	부	<input type="checkbox"/> 동의서	부	<input type="checkbox"/> SONO	
<input type="checkbox"/> 각종검사보고서	부	<input type="checkbox"/> 기타()	부	<input type="checkbox"/> 심장초음파 / CAG	
<input type="checkbox"/> 동의서	부		부	<input type="checkbox"/> 골밀도	
<input type="checkbox"/> 기타()	부			<input type="checkbox"/> 기타()	

◆ 신청인 본인은 상기환자의 의무기록에 관하여 사본발급을 신청합니다.

※ 단, 미성년자, 사망환자, 의식불명 등의 경우에는 부모, 보호자 또는 대리인이 서류를 구비할 경우 대신 할 수 있습니다.

신청일 : 년 월 일

신청인 성명 : _____ (서명)

담당자 성명 : _____ (서명)