|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서** | | |
| 확인자 | 성 명 | 생년월일 (외국인등록번호) |
| 환자와의 관계 | |
| 환자 | 성 명 | 생년월일 (외국인등록번호) |
| 확인사항 | 상기 환자의 직계 존속‧비속 및 환자의 배우자, 배우자의 직계존속의 부존재 | |
| 본인(확인자)은 「의료법」제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3의 제1항 및 제3항에 따라  상기 환자( )의 배우자 및 직계 존속‧비속, 배우자의 직계존속이 모두 없음을 확인합니다.  년 월 일  본인(확인자) (자필서명) | | |
|  | | |
| **유 의 사 항** | | |
| 환자의 형제‧자매가 「의료법 시행규칙」[별표 2의2]에 따라 환자의 동의를 받을 수 없고, 환자의 배우자 및 직계 존속‧비속, 배우자의 직계존속이 모두 없을 경우에 작성합니다. | | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)] | | |