

대리진료 (처방) 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	
대리 진료 사유	☐ 환자의 거동 불능	
	☐ 기타()	
신청인 (직계)	성 명	환자와의 관계
	생년월일(외국인등록번호)	연락처
	주 소	

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인()이 [의료법] 제 17조 1항의 예외조항에 따라 본인의 대리진료/처방을 받는 것에 대하여 동의합니다.

☐ ☐ ☐

본인(또는 법정대리인) (자필서명)

비 고 : 1. 대리진료는 아래의 4가지 조건이 모두 충족해야 가능합니다.

- ① 동일상병 ② 장기간 동일처방 ③ 환자의 거동 불능 ④ 주치의가 안정성을 인정
2. 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.
3. 제출서류 : 동의서, 환자신분증(사본,) 대리진료자 신분증, 가족관계증명서
4. 직계가족 외 제3자 진료는 불가