

病歷資料影印申請書

住院中床號
病歷號
病房承辦人/電話

病人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡電話	()		使用目的	<input type="checkbox"/> 1.轉診 <input type="checkbox"/> 2.出國 <input type="checkbox"/> 3.參考 <input type="checkbox"/> 4.保險 <input type="checkbox"/> 5.兵役 <input type="checkbox"/> 6.移民 <input type="checkbox"/> 7.訴訟 <input type="checkbox"/> 8.補助 <input type="checkbox"/> 9.其他_____															
資料項目及範圍	詳如下方		病人或 法定代理人 簽名													日期	年	月	日

自行取件 郵寄(郵資由病人自行負擔-依 93.9.30 衛署醫字第 0930217501 號函)

郵寄地址：同戶籍 同聯絡地址 其他_____

申請內容	期間	份數	單價
一、 <input type="checkbox"/> 病歷調閱費每次	影印病歷基本費：10 頁內每頁 20 元		
二、檢驗報告單：(當日)			
<input type="checkbox"/> 驗血報告 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 驗尿報告 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診			一頁 5 元/10 頁以上
三、檢查報告：(3 天)			
<input type="checkbox"/> 病理組織(切片)、細胞學報告			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> X 光報告(乳房攝影,特殊攝影...)			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 核子醫學檢查			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 超音波：(腹部,乳房,腎臟,心臟,...)			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 肺功能			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 心電圖			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 神經肌電圖 <input type="checkbox"/> 腦波			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 周邊血管檢查			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 胃鏡報告 <input type="checkbox"/> 大腸鏡			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 呼吸治療記錄			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 心導管			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 聽力檢查			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 門診記錄			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 其他：			一頁 5 元/10 頁以上
<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要			50 元/份

領收人簽名：

97.08.14 病歷管理委員會審查通過

病歷資料影印申請書

代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡電話	()		與本人關係			代理人簽名													
						申請日期	年 月 日												
應附證明文件	1.病人委託書					3.代理人身分證明文件正本													
	2.病人身分證正本或戶口名簿正本、健保卡					4.其他_____													
備註	◎第七十一條：醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用、由病人負擔。 ◎精神科病歷之申請人僅以當事人或其法定代理人為主。																		

當事人委託書

本人(授權人)茲因 (事由)之需要，同意由代理人 (與本人關係：)，向臺北醫學大學·部立雙和醫院申請病歷資料影本，請求提供如病歷資料影印申請書所勾選之項目/範圍之資料。

如代理人有逾越授權申請資料之範圍，若將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。

資料影本(需要 不需要)請臺北醫學大學·部立雙和醫院以雙掛號副知本人，申請資料及郵資費用由代理人支付臺北醫學大學·部立雙和醫院。

授權人(病人或其法定代理人)姓名 (親自簽章)

代理人簽章 授權日期 年 月 日

檢附證件：1.病人(或其法定代理人) 身份證明文件正本
 2.代理人身份證明文件正本
 3.身份證明文件係指具清晰照片可供辨識及身份證字號之證件
 順位為：身份證/外籍護照、健保卡、駕照

證件影本粘貼處(非病人本人申請時需粘貼病人及代理人證件影本)