

醫學影像拷貝申請書

病歷號碼：

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---------------------------|--------|--|----------|-------|-----------------|--|--|--|----|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 病人姓名 | | 性 別 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 出生 日期 | 年 月 日 | 身分證字號/ 居留證字號 | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 | 縣 市 鄉鎮 市區 路 街 段 巷 弄 號 樓 室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | () | | 病人或 法定代理人 簽 名 | | | | | | | 日期 | | 年 月 日 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--------|--|----------|-------|-----------------|--|--|--|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 代理人姓名 | | 性 別 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <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 2. 病人身分證正本或戶口名簿正本、健保卡 3. 代理人身分證明文件正本 4. 其他_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

當事人委託書

100.
11.
21
病
歷
管
理
委
員
會
審
查
通
過

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·部立雙和醫院申請醫學影像拷貝，請提供如醫學影像拷貝申請書所勾選申請項目/範圍之醫學影像。

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

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

資料項目及範圍

| 申請項目 | 日期範圍 | 申請項目 | 日期範圍 |
|--|------|---------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 一般 X 光 | | <input type="checkbox"/> 乳房攝影 | |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層 | | <input type="checkbox"/> 血管攝影 | |
| <input type="checkbox"/> 磁振造影 | | <input type="checkbox"/> 眼科攝影 | |
| <input type="checkbox"/> 特殊攝影 | | <input type="checkbox"/> 牙科 X 光 | |
| <input type="checkbox"/> 骨質密度 | | <input type="checkbox"/> 其他 | |
| <p>■ 費用：依以上勾選申請項目計價，每項 200 元/三項(含)以上 500 元</p> <p>■ 拷貝方式：製作光碟片</p> | | | |

.....

證件影本粘貼處(非病人申請時需粘貼病人及代理人證件影本)