|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 |  | 身分證字號 |  | 電話 |  |
| 申請用途 | □轉診□出國□保險核保□保險理賠□兵役□訴訟□參考□重大傷病□其他  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勾選 | 內容 | 期間 | 份數 | 費用 |
|  | 整份病歷 |  年 月 日至 年 月 日 |  | **病歷複製基本費200元/次(00122)+影印病歷5元/張(00104)** **或彩色報告25元/張(N3001)****註:看診同時病歷複製不需加收病歷複製基本費200元/次** |
|  | 門診病歷 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 急診病歷 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 出院病歷摘要(英文) |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 手術記錄單 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 護理記錄 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | \*病理報告 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | \*驗血(尿)報告 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | \*心電圖報告□彩色□黑白 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | \*超音波報告(腹部、乳房、心臟、腎臟、 )□彩色□黑白 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | \*鏡檢報告(胃鏡、大腸鏡、支氣管鏡、 )□彩色□黑白 |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 其他： |  年 月 日至 年 月 日 |  |
|  | 其他： |  年 月 日至 年 月 日 |  |
| 衛生署醫字第0930217501號函：醫療機構提供病歷複製本之時限規範:※現場調閱病歷，需等等候約30~60分鐘(實際時間，視申請量及等候人數而定)，若無法現場調閱將另行通知領取時間。※檢查檢驗報告複製本、英文病摘以1個工作天交付為原則，最遲不得超過3個工作天。※全本/部份病歷複製以3個工作天交付為原則，最遲不得超過14個工作天。※中文病歷摘要：以十四個工作天內交付病人為原則。(本院以7-14天內交付，每份650元)。※本院將視情形盡速給予。 |
| ※提供本人身分證件正本(非本國籍人士請提供護照正本或居留證正本)。如:身分證、有照片之健保卡、駕照、護照、居留證等相關證明文件。※委託代理人需提供病人及受託人身分證件正本及病人之委託同意書正本。※委託相關規範:按醫療機構依醫療法第71條規定提供病歷複製本，應以病人或其法定代理人申請為原則；如非病人本人或其法定代理人申請，應檢具病人或其法定代理人載明委託意旨及範圍之委託同意書，始得為之。 |
| 申請人簽名: 與病人之關係:  | 注意事項:1.核對證件2.簽名非本人需委託書 |
| 醫師: |
| □當日領取   |
| □非當日領取 病歷領取人簽章： □本人□代理人；領取時間： 年 月 日 |
| 內部處理流程 | 受理人/受理日期 | 批價 | 複印病歷受理人 | 製作完成日期 | 通知領取人時間 | 櫃檯發件人/發件日期 |
| / | □己收費□未收費 |  |  |  | / |

本人 病歷號碼： ，因無法親自至怡仁綜合醫

院申請 文件。

同意委託 先生/女士代為申請，確認無誤，故此

代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

 **此　致**

**怡 仁 綜 合 醫 院**

立委託書人：　　　　　　　　　 簽章或蓋章:

身分證號：　　　　　　 　　　 電話：

地址：

受託人：　　　　　　　　　 簽章或蓋章:

身分證號：　　　　　　 　　　 電話：

地址：

與病患之關係：

西　　元 年 月 日

**註:1.本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並**

 **賠償貴院衍生之損失。**

**2.依個人資料保護法為核對雙方資料正確性，須提供雙方公家機關核發有照片之正本證件。**