

病歷複製申請單

病歷號碼:

申請日期: 西元 ____年____月____日

病人姓名		身分證字號		電話	
申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 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)
	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 <input type="checkbox"/> 彩色 <input type="checkbox"/> 黑白	年 月 日至 年 月 日		
	*超音波報告(腹部、乳房、心臟、腎臟、) <input type="checkbox"/> 彩色 <input type="checkbox"/> 黑白	年 月 日至 年 月 日		
	*鏡檢報告(胃鏡、大腸鏡、支氣管鏡、) <input type="checkbox"/> 彩色 <input type="checkbox"/> 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:

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

注意事項:

- 核對證件
- 簽名非本人需委託書

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	通知領取時間	櫃檯發件人/發件日期
	/	<input type="checkbox"/> 已收費 <input type="checkbox"/> 未收費				/

委託同意書

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。