

病人姓名	身分證字號	電話	病歷號碼
------	-------	----	------

申辦應附證件

- 一、基於病歷資料涉及個人隱私，為保障病人權益，申辦證件不齊全者，恕不受理。
 二、相關證件及文件皆須正本，並同意本院影印留存，以供查驗。

1. 病人本人之病歷資料申請：

- (1) 本國人：身分證
 (2) 非本國人：居留證或護照或旅行證(內含統一證號及照片)

2. 未成年人(未滿二十歲)之病歷資料申請：

法定代理人請帶：(1) 法定代理人身分證 (2) 與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證)

3. 往生者之病歷資料申請：

具繼承權者請帶：(1) 具繼承權者身分證 (2) 與往生者之關係證明文件(戶籍謄本或往生者身分證或除戶證明或死亡證明書)

申請用途 轉診 參考 保險 兵役 訴訟 開立死亡證明參考 下轉 其他：

醫師簽章：_____ (若經醫師協助指定複製內容)

申請病歷內容	就醫期間(或日期)	份數	處理時間	收費
1. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 科別：			依衛生署 93 年 9 月 30 日衛署字第 09302175011 號函規範，醫療機構提供病歷複製本之實現，以 3~14 個工作天內交付病人為原則。但若病歷頁數過多，需較長之行政處理時程，將另行通知申請人取件時間。	基本服務費 200 元(10 張內)。第 11 張起每張 5 元。
2. <input type="checkbox"/> 急診病歷				
3. <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要				
4. <input type="checkbox"/> 手術記錄				
5. <input type="checkbox"/> 抽血驗尿報告				
6. <input type="checkbox"/> 檢查報告 <input type="checkbox"/> X 光(X-Ray) <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 心電圖(EKG) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 內視鏡 <input type="checkbox"/> 其他 請說明：				
7. <input type="checkbox"/> 病理切片報告				
8. <input type="checkbox"/> 其他 請說明：				

受理、取件說明

1. 若住院中之病人欲申請病歷複製本，由本人或其家屬向病房護理站提出申請。
 2. 受理時間：週一至週五 (8:30-11:45; 14:00-17:15); 週六 (8:30-11:45)。例假日不受理。
 3. 取件時間以 2 個月為限，請攜帶證明文件正本、收據至病歷室取件，逾時未取件視同作廢，如有需要請重新提出申請。
 4. 若有疑問請洽佑民醫院【病歷室】，電話：049-2358151 分機 1130。

申請人簽名：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

領收人簽名：_____ 領件日期：_____年_____月_____日 承辦人：_____

(已核對各項證件無誤)

證件影本黏貼處