

病人姓名	身分證字號	電話	病歷號碼
受委託人姓名	身分證字號	電話	與病人關係

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. 病人委託他人代辦請帶：(1)病人身分證 (2)受委託人身分證 (3)病人簽署之委託書。

※未成年人(未滿二十歲)不得為受委託人。

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)。

※此項如由法定代理人委託他人代辦，須備齊前述(1)(2)資料、受委託人身分證、法定代理人簽署之委託書。

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)

※此項如由具繼承權者委託他人代辦，須備齊前述(1)(2)資料、受委託人身分證、具繼承權者簽署之委託書。

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：				
9. <input type="checkbox"/> 診斷書/證明書				

受理、取件說明

1. 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。

2. 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。

3. 若有疑問請佑民醫院【病歷室】，電話：049-2358151 分機 1130。

本人_____因無法親自至佑民醫院辦理病歷資料複製申請，特
委託_____君，代為向貴院申請上述病歷資料，受委託人之行為視同
本人之行為，並由本人承擔一切責任。

此 致
佑民醫療社團法人佑民醫院

委託人(本人或病人之法定代理人或具繼承權者)簽名：_____

受委託人簽名：_____ 授權日期：_____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)

受委託人聲明：受委託人確實經委託人授權代辦申請病歷資料，如有虛假、偽冒或其他不法行為，願自負一切法律責任，並賠償貴院衍生之損失，並同意留存身分證正反面影本為憑。

證件影本黏貼處

委託人身份證 正面影本	受委託人身份證 正面影本
委託人身份證 反面影本	受委託人身份證 反面影本