

新北市立聯合醫院 病歷資料影印申請書

97年05月01日制定
103年05月16日醫療事務室室務會議修訂

病人姓名	姓別 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																						
聯絡電話	()	使用目的	<input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 出國 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險 <input type="checkbox"/> 5. 兵役 <input type="checkbox"/> 6. 移民 <input type="checkbox"/> 7. 訴訟 <input type="checkbox"/> 8. 補助 <input type="checkbox"/> 9. 其他																			
代理人姓名	姓別 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																						
聯絡電話	與本人關係		代理人簽名		申請日期															年	月	日
證明文件	本人或法定代理人: <input type="checkbox"/> 本人身分證正本 <input type="checkbox"/> 未成年之戶口名簿 <input type="checkbox"/> 法定代理人身分證件正本 非本人: <input type="checkbox"/> 本人及代理人雙方雙身分證正本 <input type="checkbox"/> 本人委託同意書 往生者資料: <input type="checkbox"/> 具繼承權之親屬身分證 <input type="checkbox"/> 與患者關係證明文件 <input type="checkbox"/> 除戶證明或死亡證明																					
取件方式	<input type="checkbox"/> 自行取件 <input type="checkbox"/> 掛號郵寄(郵資由病人自行負擔-依 93.09.30 衛署醫字第 0930217501 號函) 郵寄地址: <input type="checkbox"/> 同戶籍 <input type="checkbox"/> 同聯絡地址 <input type="checkbox"/> 其他																					

申請內容	期間	份/張	單價	領取時間	備註	
一、基本費(每次)			100	◎檢驗(查)報告單可於當日領件。 ◎X光、核磁共振及電腦斷層之光碟可於當日領件。 ◎核子醫學及鏡檢之光碟週六不受理領件。		
二、檢驗(查)報告單			◎大於 10 張每張加收 4(元/張) ◎出院病摺每張 4(元/張) ◎光碟 200 元/份 註:『*』項目者,其光碟片請自行至原檢查室領取。			
1. <input type="checkbox"/> 驗血報告、驗尿報告						
2. <input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告						
*3. <input type="checkbox"/> X光 部位(文字、光碟)						
*4. <input type="checkbox"/> 核磁共振 部位(文字、光碟)						
*5. <input type="checkbox"/> 電腦斷層 部位(文字、光碟)						
*6. <input type="checkbox"/> 核子醫學 部位(文字、光碟)						
7. <input type="checkbox"/> 超音波報告 部位						
8. <input type="checkbox"/> 鏡檢報告 部位(文字、光碟)						
9. <input type="checkbox"/> 心電圖						
10. <input type="checkbox"/> 聽力檢查						
11. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告						
12. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告,請說明: _____						
三、_____科英文出院病歷摘要				當天(限已完成)		
四、其他病歷記錄: <input type="checkbox"/> 門診病歷紀錄 <input type="checkbox"/> 急診紀錄 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 科別或醫師: _____				門診病歷紀錄: 當天 急診紀錄: 1-3 天(工作天)		
五、全份病歷				1-3 天(工作天)		
六、 <input type="checkbox"/> _____科中文出院病歷摘要(重整)			400(元/張)	7 日內(工作天)		
七、體檢報告 (體檢日已逾3個月)			20(元/張)	3 日內(工作天)		

#受理時間: 週一至週五(8:00~16:00)、週六(8:00~12:00)、例假日不受理。

※E-MAIL 申請: phb218080@ntpc.gov.tw

領取人簽名: _____ 領取時間: _____

備註:

- 依醫療法第七十一條: 醫療機構應依其診治之病人要求, 提供病歷複製本。
- 依醫療法第七十四條: 醫院、診所診治病人時, 得依需要, 並經病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意, 商洽病人原診治之醫院、診所, 提供病歷複製本或病歷摘要及各種檢查報告資料。

會辦醫師：

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)