

新北市立聯合醫院 病歷資料影印網路申請書

病人姓名	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身份證字號/ 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	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身份證字號/ 居留證字號																	
聯絡地址																				
聯絡電話					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"/> 本人身份證正本 <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份證件正本 <input type="checkbox"/> 本人委託同意書 往生者資料: <input type="checkbox"/> 具繼承權之親屬身份證件 <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(已完成費用繳交)(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 (檢查日)		份/張		單價		領取時間		備註		
一、基本費(每次)												100								
二、檢驗(查)報告單																				
1. <input type="checkbox"/> 驗血報告 <input type="checkbox"/> 驗尿報告																				
2. <input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告																				
3. 放射科 X 光 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟																				
4. 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟																				
5. 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟																				
6. 核子醫學 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟																				
7. 超音波(含鏡檢)報告 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟																				
8. 眼科視野檢查 <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 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												4(元/張)		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: _____												大於 10 張每張加收 4(元/張)		門診/急診紀錄: 當天急診紀錄(非電子): 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)						

#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)