

# 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	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <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		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	◎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。 ◎相關光碟週六受理 周一領件。												
二、檢驗(查)報告單						◎大於10張每張加收4(元/張)	◎相關光碟週六受理 周一領件。														
1. <input type="checkbox"/> 驗血報告 <input type="checkbox"/> 驗尿報告						◎光碟燒錄															
2. <input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告						1項200,															
3. 放射科X光 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟						2項400,															
4. 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟						最多收至															
5. 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟						500(單片);															
6. 核子醫學 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟						多項檢查容															
7. 超音波(含鏡檢)報告 <input type="checkbox"/> 紙本文字 <input type="checkbox"/> 光碟						量超過1片之															
8. 眼科視野檢查 <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 光碟						部份, 加收															
9. <input type="checkbox"/> 心電圖						100															
10. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告																					
11. <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:						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)														
<input type="checkbox"/> 門診病歷紀錄																					
<input type="checkbox"/> 急診紀錄																					
<input type="checkbox"/> 其他: _____																					
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/份)	7日內(工作天)														
七、 <input type="checkbox"/> 自費衛材費用明細						50(元/張)	當日														

#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

備註：

領取人簽名：\_\_\_\_\_ 領取時間：\_\_\_\_\_

- 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)