



秉坤婦幼醫院

病歷資料影印申請書

年 月 日

病人姓名	病歷號	身份證號	電話	
			手機	
申請人姓名	與病人之關係	身份證號	電話	
			手機	
申請原因	<input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 出國/移民 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險 <input type="checkbox"/> 5. 兵役 <input type="checkbox"/> 6. 訴訟 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____			
申請內容		日期	份數	張數
檢查檢驗報告	檢驗報告			
	X光報告			
	病理組織檢查報告			
其它病歷內容	門、急診病歷內容			
	出院病歷摘要			
	全本病歷			
其他	診斷書			
	出生證明			
取件時間	一. 影印全本病歷須自申請日起7個工作天。			
	二. 檢驗(查)報告及其它病歷資料作業間約需30~60分鐘，請耐心等待!			
	三. 若您申請病歷摘要或全本病歷, 請選擇:			
	<input type="checkbox"/> 自行到院取件，電話聯絡方式:			
	<input type="checkbox"/> 掛號郵寄，同意繳交郵資_____元並填寫回郵信封。			
郵寄地址：郵遞區號□□□-□□				
其他說明	一. 病患本人(或監護人)持身份證及病患本人健保卡申請。			
	二. 病患之配偶、直系血親代為申請者，需持雙方身份證(或戶口名簿)、病人健保卡、圖章及 病人親自簽署 之書面同意文件。			
	三. 取件地點：門診時間櫃檯取件。			

當事人委託書

本人_____茲因_____ (事由)

之需要，

同意由被委託人_____ (與本人關係：_____)，

向秉坤婦幼醫院申請病歷資料影本，請求協助提供_____年_____月

日至

_____年_____月_____日之資料 (如申請書所勾選之資料及範圍)，做為_____

_____之用。

秉坤婦幼醫院

此致

委託人：_____ (簽

名或蓋章) 住_____址：

身分證字號：_____

被委託人：

(簽名或蓋章)

身分證字號：_____

住_____址：

(委託人身分証正面)	(委託人身分証背面)
(被委託人身分証正面)	(被委託人身分証背面)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月