



# 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   | <b>一. 影印全本病歷須自申請日起7個工作天。</b>  |        |  |      |    |    |  |
|  | <b>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!</b>   |        |  |      |    |    |  |
|  | <b>三. 若您申請病歷摘要或全本病歷，請選擇：</b>  |        |  |      |    |    |  |
|  | <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   | <b>一. 病患本人(或監護人)持身份證及病患本人健保卡申請。</b>   |        |  |      |    |    |  |
|  | <b>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<b>病人親自簽署</b>之書面同意文件。</b>   |        |  |      |    |    |  |
|  | <b>三. 取件地點：門診時間櫃檯取件。</b>  |        |  |      |    |    |  |

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  
\_\_\_\_\_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