

中國醫藥大學北港附設醫院 (CMUBH)

病歷資料複製申請單

|   |   |  |  |           |   |  |
|---|---|--|--|-----------|---|--|
| 姓名  |   | 身分證字號  |  | 病歷號碼      |   |  |
| 出生日期  |   | 聯絡電話   |  | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |
| 應附證明文件  | *為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件*  |  |  |           |   |  |
|   | 本人申請  | 身分證正本  |  |           |   |  |
|   | 代理人申請   | 病人身分證正本、代理人身分證正本及病人之委託同意書  |  |           |   |  |
|   | 未成年人資料之申請   | 1. 法定代理人請攜：身分證正本、法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)。<br>2. 非法定代理人申請，須備齊上述資料及法代理人委託同意書、受託人身分證正本。  |  |           |   |  |
| 往生者資料之申請  | 1. 繼承權者攜身分證件正本、與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)及病人除戶證明。<br>2. 如由代理人申請，需備齊上述資料、委託同意書及代理人身分證正本。  |  |  |           |   |  |
| 說明  | 一、申請全本病歷或多科診斷書者，於7-14天內接到本院通知後至第一醫療大樓一樓「1號櫃檯」取件。<br>二、因個人資料保護法，需檢核證件正本資料，「網路申請者恕不適用郵寄服務」敬請見諒。<br>三、申請資料保存期限：病歷資料於通知取件後，保留一個月，超過期限請重新申請。 |  |  |           |   |  |
| 申請用途  |   | <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 其他_____   |  |           |   |  |
| 申請內容  |   | 收費說明   | 張數   | 申請複印範圍及日期 |   |  |
| <input type="checkbox"/> 門診紀錄   |   | 申請複製病歷資料須繳交「病歷複製基本費」200元/10張，第11張起每增加一張加5元；彩色報告列印一張40元   |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 急診紀錄   |   |  |  |           |   |  |
| 住院紀錄  | <input type="checkbox"/> 病歷摘要   |  |  |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 護理紀錄   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 病理【切片】報告   |   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 檢驗【檢查】報告   |   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 手術紀錄   |   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 中文病歷摘要   |   |  | 每科每份500元，14個工作天                                    |           |   |  |
| 醫療影像光碟  | <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT)   |  | 光碟片單項檢查200元，每增加一項增加50元，七項以上檢查為500元，超過一片光碟，每片加收100元 |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI)  |  |  |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> X光(X-ray)  |  |  |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 超音波(SONO)  |  |  |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 胃鏡   |  |  |           |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 腸鏡   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 心導管(CATH)  |   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 死亡證明書  |   | 每份 100 元   |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)  |   |  |  |           |   |  |
| <input type="checkbox"/> 限掛郵件費用 50 元/件  |   |  |  |           |   |  |
| 總金額   |   |  | 經辦人  |           |   |  |
| <p>本人僅此聲明本次申請/委託申請屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，本人願負完全法律責任，絕無異議，另同意留存身分證明文件影本為憑。</p> <p>此致 中國醫藥大學北港附設醫院</p> |   |  |  |           |   |  |
| 領取人：_____ (簽章)  |   | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>已付費 <input type="checkbox"/>未付費<br/>                 應補：<input type="checkbox"/>病人身分證 <input type="checkbox"/>受託人身分證 <input type="checkbox"/>委託書<br/> <input type="checkbox"/>戶口名簿 <input type="checkbox"/>病人除戶證明             </div> |  |           |   |  |
| 領取日期：_____年_____月_____日   |   |  |  |           |   |  |