

天成醫院病歷資料申請表暨委託書

病人姓名		病歷號碼		聯絡電話	
聯絡地址					
委託代理人姓名		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址				聯絡電話	
申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 自用參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 訴訟				
取件方式	<input type="checkbox"/> 自取 <input type="checkbox"/> 郵寄	申請份數	份	申請日期	
院內申請單位			院內申請人		
申請用途（公務）	<input type="checkbox"/> 法院（非訴訟） <input type="checkbox"/> 勞保局 <input type="checkbox"/> 資源共享 <input type="checkbox"/> 教學研究 <input type="checkbox"/> 感控 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> 社工				

內容項目		申請起迄日期	醫師/主任/護理部簽章
一、出院病歷摘要		年 月 日至 年 月 日	
二、門診病歷影本		年 月 日至 年 月 日	
三、急診病歷影本		年 月 日至 年 月 日	
四、 檢驗 檢查 報告 影本	<input type="checkbox"/> 1. 驗血驗尿報告	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 2. 病理切片報告	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 3. X 光報告	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 4. 超音波報告	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 5. 鏡檢報告（ <input type="checkbox"/> 胃鏡、 <input type="checkbox"/> 大腸鏡、 <input type="checkbox"/> 其他）	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 6. EKG 檢查報告	檢查日期：	
	<input type="checkbox"/> 7. 其他檢查報告	檢查日期：	
五、其他			
六、整本病歷			
副院長簽章		醫事室主管簽章	
病歷室承辦人員簽章		備 註	

申請說明：

- 應附證明文件：①當事人請攜帶身分證正本。
②當事人無法親自辦理時可委託代理人，請填妥委託書（如背面）並簽章。
③受委託人請攜帶身分證正本及當事人相關身分證件。
④申請人如未成年、心智障礙或在國外，可由直系親屬或法定代理人憑身分證或戶口名簿代為申請，並須登錄代申請人之資料於申請單上。
- 申請影印病歷資料，經醫師/科主任確認後印發。
- 整本病歷影印，或跨科影印，本院將於 5~7 個工作天內完成，並通知申請人。
- 本院受理保險公司僅以函查方式取得病歷資料。
- 病歷資料影本如採郵寄方式，郵資請自付。
- 申請時間：週一至週五 8：00~21：00；週六 8：00~11：30（門診看診時段）
- 詢問電話：03-4782350 轉 62555

委 託 書

立委託書人_____君，因確實無法親自辦理病歷資料申請，特委託
_____君(與本人關係：_____)，代為向貴院申請，申辦資料範圍包括
_____等項目，資料份數
_____份，以供_____用途，如受託人有逾越授權申請之範圍，或將申請之資料作為他用時，由受託人依法負責。

此 致 天成醫院

受託人姓名：_____ (簽章)

委託人姓名：_____ (簽章) 授權日期： 年 月 日

當事人身分證正反面影本黏貼處

正 面	反 面

受委託人身分證正反面影本黏貼處

正 面	反 面