

天祥醫院病歷資料申請表暨委託書

病人姓名		病歷號碼		申請日期		年 月 日	
聯絡地址						連絡電話	
委託人姓名		身分證字號		與病人關係			
聯絡地址		☐ 同上，列病人聯絡地址 ☐ 其他，請詳填於下				連絡電話	
取件方式		☐ 自取				申請份數	
申請用途		☐ 轉診 ☐ 參考 ☐ 重大傷病申請 ☐ 保險理賠 ☐ 訴訟 ☐ 出國 ☐ 申請補助 ☐ 其他：_____					
院內公務 申請使用		申請單位		申請人			
		用途		☐ 法院(非訴訟) ☐ 勞保局 ☐ 資源共享 ☐ 教學研究 ☐ 感控 ☐ 轉診 ☐ 社工			
勾選	內 容 項 目			申 請 起 訖 日 期		簽 章 (醫師/護理長/主任)	
	出院病歷摘要 ☐ 含護理紀錄			年 月 日至 年 月 日			
	門診病歷 ☐ 含檢查報告			年 月 日至 年 月 日			
	急診病歷 ☐ 含護理紀錄 ☐ 含檢查報告			年 月 日至 年 月 日			
	護理紀錄			年 月 日至 年 月 日			
	手術紀錄			手術日期：			
	檢驗、檢查報告 ☐ 驗血(尿)報告 ☐ 病理切片報告			檢查日期：			
	放射報告 ☐ X光 ☐ 電腦斷層報告			檢查日期：			
	超音波報告 ☐ 腹部 ☐ 心臟			檢查日期：			
	鏡檢報告 ☐ 胃鏡 ☐ 大腸鏡			檢查日期：			
	生檢報告 ☐ 腦波 ☐ 心電圖 ☐ 運動神經傳導			檢查日期：			
	其他檢查報告			檢查日期：			
☐ 整本病歷 ☐ 整本病歷保險理賠(包含項目：門/急診病歷、出院病摘、護理紀錄、手術紀錄單、病理報告、其他各項報告)							
備註：							
內部 流程	批掛櫃檯人員		☐ 基本費\$200		☐ 現場 ☐ 流程	病歷領取人簽章： ☐ 本人 ☐ 代理人；領取時間： 年 月 日	
	病歷室收件人員				日期： 年 月 日 時 分		
	病歷室複印人員				日期： 年 月 日 時 分		
紙本面數：		EMR 面數：		HIS 面數：		合計：	
備註說明 1. 應附證明文件： ①病人本人申請：請攜帶身分證正本。 ②法定代理人申請：申請人如未成年人或心智障礙或在國者，可由直系親屬、法定代理人憑雙方身分證正本代為申請。※未成年人無身分證者須提供健保卡及戶口名簿或戶籍謄本正本以茲證明關係。 ③委託申請：病人身分證正本及病人簽章之委託書(如第 2 頁)、受託人身分證正本。 ④病人為死亡者資料申請：具繼承權者之身分證正本、病人除戶證明(死亡證明書或戶籍謄本)。 2. 現場調閱病歷，需等候約60~90分鐘(實際時間，視申請量及等候人數而定)，若無法現場調閱將另行通知領取時間。 3. 整本病歷或跨科複製，以5-7個工作天交付為原則，最遲不得超過 14 個工作天。 4. 本院受理保險公司僅以函查方式取得病歷。 5. 申請時間：周一至周五08:00-21:00；周六8:00-11:30(門診看診時段)。 6. 諮詢電話：(03)4951866-							

委 託 書

委託人_____，因無法親自到院辦理病歷資料申請，特委託_____（與本人關係：_____）代為向貴院申辦，申辦資料範圍包括_____等項目，資料份數_____份，以供_____用途，如有不實或受託人有逾越授權申請之範圍，或將申請資料作為他用，概由本人與受託人依法負責，與貴院無涉。

此 致 天祥醫院

委託人簽章：_____ 身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

受託人簽章：_____ 身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

委託人身分證正反面影本黏貼處

--	--

受委託人身分證正反面影本黏貼處

--	--