

臺中榮民總醫院埔里分院病歷資料申請單暨委託書 R-PLVH-114

承辦人員簽章：

申請張數：

收取金額：

病人姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號		
			病歷號碼		
聯絡地址	縣 鄉鎮 街 市 區市 路				
聯絡電話		申請用途	<input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請內容及範圍	申請內容		份數	期間(或日期)	申請日期
	<input type="checkbox"/> 1.病歷摘要 - 出院、急診 <input type="checkbox"/> (1)中文出院病歷摘要(每份 500 元)				
	<input type="checkbox"/> 2.門診紀錄				
	<input type="checkbox"/> 3.檢驗(查)報告				
	<input type="checkbox"/> 4.病理組織切片報告				
	<input type="checkbox"/> 5.手術紀錄				
	<input type="checkbox"/> 6.護理紀錄				
	7.影像檢查報告				
	<input type="checkbox"/> (1)電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> (2)X光(X-ray) <input type="checkbox"/> (3)核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> (4)心導管(Cath)				
	<input type="checkbox"/> (5)超音波(SONO) <input type="checkbox"/> (6)內視鏡				
8.影像光碟					
<input type="checkbox"/> (1)電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> (2)X光(X-ray) <input type="checkbox"/> (3)核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> (4)心導管(Cath)					
<input type="checkbox"/> (5)超音波(SONO)					
9.其他：					
受託人姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號 (居留證字號)		
聯絡地址	縣 鄉鎮 街 市 區市 路				
聯絡電話		與病人關係			
應附證明文件	1.申請影印病歷資料以病人本人申請為原則，申請人請攜帶身分證明文件正本。 2.非病人本人親自申請，一律需檢附病人簽章之委託書，載明申請的範圍與項目，受委託人需攜帶自己、委託人之身分證件正本及委託書始可辦理。 3.愛滋病、性侵、家暴或本院認為必要加強身分確認等病歷紀錄者，需本人親自申請；病人無法親自申請時，其代理人應檢附病人的印鑑、身分證件正本等證明文件與委託書。 4.病人為未成年人，需由其法定代理人代為申請病歷資料，未成年人亦不得受委託申請病歷資料。(法定代理人需附關係證明如戶口名簿或雙方之身分證) 5.往生者資料之申請：A.具繼承權者或直系血親之身分證件正本、B.與病人之關係證明文件或具繼承權之證明文件、C.病人除戶證明(戶籍謄本或死亡證明書)。 6.申請病歷張數計費 10 張內每張 20 元；第 11 張起每張 5 元；榮民第 1 張免費、第 2 張起依規定計費。 7.中文病歷摘要由原主治醫師整理書寫，每單位 500 元，以每科為一單位。 8.影像光碟拷貝費用，收費標準以內容資料複製片數計價，每張 200 元。				

※當事人親自申辦免填委託書

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

辦，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 臺中榮民總醫院埔里分院

委託人姓名：_____ (簽章)

委託人

受託人姓名：_____ (簽章)

受託人

授權日期： 年 月 日