|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　 樂生婦幼醫院　　　　　　　　 　　　108.02.15修訂

病歷資料複製申請書暨委託書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 | 性别 | | 出生年月日 | 身分證字號 | | 病歷號碼 |
|  | □男  □女 | |  |  | |  |
| 聯络地址 | 縣 鄉鎮 村 街  市 區市 里 路 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 連絡電話 | 日( ) 夜( ) 行動電話: | | | | | |
| **受託人(申請人)**  **姓名** | 性別 | | 出生年月日 | 身分證字號 | | 與病人關係 |
|  | □男  □女 | |  |  | |  |
| 聯絡地址 | 縣 鄉鎮 村 街  市 區市 里 路 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 連絡電話 | 日( ) 夜( ) 行動電話: | | | | | |
| 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:□配偶□父母□子女□親屬□朋友□其他 )，代為向貴院申辦，申辦資料範圍包括如上填寫之項目，申請用途:□保險□轉診□訴訟□補助□參考□其他 ， 如有不實，願付一切法律責任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  樂生婦幼醫院  受託人/申請人: (簽名蓋章)/日期: 　　年　　月　　日  委託人: (簽名蓋章)/日期: 　　年　　月　　日  本院受理日期: 　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 申請內容:  □一般診断書 份  □英文診斷書 份  □出生證明 份  □死亡證明 份  □產程紀錄 份  □超音波報告單 份  □產檢記錄單 份  □出院病歷摘要 份  □門診病歷單張 份  □影印整本病歷 份  □檢驗報告單張 份  □病理報告單 份  □護理紀錄單 份  □其它  份 | | 1.收費:  □病歷單張影印依批價收费  □複印整本病歷基本費200元  (20張内)，第21張起每張5元，最高上限1000元。  2.取件方式  □1.等候櫃檯人員電聯，並攜帶  缴實收據親自領取。  □2.郵寄取件。(郵寄費60元)  取件人姓名:  郵件地址:  備註:   1. 病歷資料將申請所需時間，依   高雄市衛生局之時間規範:檢驗報告原則上當天發給，最遲不超過3天；整本病歴3個工作天內發給，最長不超過14天。  **2.證件影本貼於申請單後面。** | | | ※為保護病患隐私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件:  一.**本人申請**請備妥雙證件。  二.**非本人申請**  1.**委託代理人申請**：  A.病人身分證件正本  B.受委託人身分證件正本  C.病人委託書填寫完整。  2.**未成年人需由法定代理人申請：**  A.法定代理人身分證件正本  B.法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿、病人身分證件正本)  三.保險公司須提具投保時「病人所簽概括性條款之同意書」，不視為委託同意書。 | |