

員榮醫院病歷資料影印申請單

為保障病人權益，申請資料請備妥相關證件(櫃檯人員審核證明文件，若證件不齊全者，不予申請)

1. 本人申請：身分證正本
2. 委託他人申請：2.1 病患身分證正本、印章 2.2 受託人身分證正本 2.3 委託同意書
3. 未成年者資料由委託代理人申請(需由『法定代理人』同意申請)：
- 3.1 法定代理人身分證正本、印章 3.2 病患身分證正本及戶口名簿(兒童只需檢附戶口名簿)
- 3.3 法定代理人之委託同意書 3.4 受託人身分證正本
4. 往生者資料申請：●本項如由代理人申請，需備妥前述資料及委託同意書、受託人身分證件正本
- 4.1 具繼承者之身分證正本、印章 4.2 與病患關係之證明文件
- 4.3 病患除戶證明(戶籍謄本或死亡證明書)

申請者請詳填下表(粗框)

病患姓名		身分證字號		病歷號碼	
聯絡住址				聯絡電話	
委託代理人姓名		身分證字號		與病患關係	
聯絡住址				聯絡電話	

收費說明：1. 病歷紙本內容：基本服務費 200 元(20 張內)，第 21 張起，每張 5 元(單面)

2. 影像資料：光碟：200 元/片

申請項目		申請複印範圍及日期		份數	張數	取件時間
一、 檢驗 報告 影本	1. 驗血驗尿報告	檢查日期：				週一到週五 (08:00~21:30) 週六 (08:00~17:30) 申請處理需約 1~3 日工作天，請留下 您的聯絡電話，複 印病歷作業完成 後，本院將主動電 話通知您於批價 櫃臺繳費取件，造 成不便敬請見諒。
	2. 病理切片報告	檢查日期：				
	3. X 光碟片	檢查日期：				
	4. 超音波報告	檢查日期：				
	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：				
	6. 其他報告：_____	檢查日期：				
二、出院病歷摘要		年 日 日至 年 月 日				
三、影像光碟、部位：_____		攝影日期：				
四、急診病歷影本		年 日 日至 年 月 日				
五、門診病歷影本		年 日 日至 年 月 日				
六、手術記錄 <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院		手術日期：				
七、護理記錄 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院		年 日 日至 年 月 日				
八：中文病歷摘要		每科每份 500 元，同一份加印每張 5 元				
九：全本病歷(依張數計算)						

申請人簽名： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

內部作業欄位 受理人： _____ 批掛發件人： _____

1. 申請處理時間：週一至週五(08:00~17:30)週六(08:00~12:00)。其餘時間僅接受受理申請。

2. 申請一個月內未取件者，視同作廢，若有需要請重新繳費申請。

(網路申請者，如逾期未領件者，將於 3 個月內不再接受網路申請)。