

病歷資料/診斷證明申請書及委託書

※為保護病患隱私及權益，申請前請詳閱下列說明：

- 一、病人或法定代理人申請及取件時，應檢具身分證正本，未滿 20 歲病人與法定代理人關係證明文件正本(戶口名簿或病人身分證)。
- 二、委託代理申請人時，應檢具 1. 病人身分證正本(未成年病人與法定代理人關係證明文件正本、法定代理人身分證正本) 2. 委託同意書 3. 代理申請人身分證正本以供查驗影印留存；取件時攜帶代理申請人身分證正本以核對身分。
- 三、家暴、性侵及精神科等病歷因特殊性及隱私性，限本人或其法定代理人申請，若法定代理人為加害人，不得申請。
- 四、診斷證明書如需載明傷口大小或宜休養天數者，請主動告知；如特定用途者，須與原主治醫師當面溝通，請掛號原主治醫師門診。

櫃檯 診間 病房 確認申請範圍無誤，請簽名：_____ 申請日期： 年 月 日

病人姓名	病歷號	身分證號	電話： 手機：				
代理申請人姓名	與病人關係 病人之_____	身分證號	電話： 手機：				
申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 其他	取件	<input type="checkbox"/> 自取，領取簽收 _____ <input type="checkbox"/> 郵寄(普掛)，地址：				
申請範圍		日期(期間)	份數	張數	取件時間	內部作業欄位	核決權限
一、醫療影像	一般 X 光				約 15-30 分鐘	批價員	醫療副院長
	電腦斷層						
	核磁共振						
	特殊檢查						
	核醫						
	心導管檢查					製作人/日期	護理部主任
二、檢驗(查)報告					1. 為轉診或特殊需求，得以急件辦理(申請後 60-90 分鐘內取件)。 2. 申請後 3 日。	發件人/日期	科主任
三、出院病歷摘要							(醫師簽章)
四、門(急)診病歷							主治醫師
五、 <input type="checkbox"/> 手術記錄單 <input type="checkbox"/> 產程紀錄單							
六、整本病歷					14 日		(醫師簽章)
七、診斷證明書 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 新申請(檢附掛號單)					可掛號日後 3 個工作日		
收費	<input type="checkbox"/> X75-996A (S3D00)放射科影像複製光碟費(份) 200 元		<input type="checkbox"/> G08-002 診斷證明書費 100 元				
	<input type="checkbox"/> G08-S09 (S3D00)檢查影像複製光碟費(份) 200 元		<input type="checkbox"/> G08-006 診斷證明書影本 50 元				
	<input type="checkbox"/> N73-S15 (S3F00)核醫影像複製光碟費(份) 200 元		<input type="checkbox"/> G08-S39 臨櫃行政處理費 100 元				
	<input type="checkbox"/> M22-190 (SI710)心導管檢查影像複製光碟費(份) 200 元		<input type="checkbox"/> G08-S40 臨櫃代理診斷證明書費 100 元				
	<input type="checkbox"/> G08-017 病歷資料影印(5 張內 100 元)		<input type="checkbox"/> G08-145 郵寄服務費 50 元(大於 15 張，郵資另計)				
	<input type="checkbox"/> G08-018 病歷資料影印第 6 張起(每張 5 元) 共 _____ 張						
委託同意書							
委託人_____ (<input type="checkbox"/> 病人本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 具繼承權者)，因確實無法親自至貴院申請病人之病歷複製或診斷證明書，授權代理申請人_____ 向貴院申辦資料範圍如上述填寫項目，如有虛偽或不法情事，願負一切法律責任，並賠償 貴院因此所受之損害。							
此致 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院							
委託人/法定代理人：_____ (簽章) 聯絡電話：_____							
代理申請人：_____ (簽章) 聯絡電話：_____							

一式一聯 第一聯：櫃檯、診間、病房↓病歷課、心導管室、核醫、放射科
第二聯：批價↓病歷課、心導管室、核醫、放射科
第三聯：製作人/日期
第四聯：發件人/日期

※一般診斷證明書記載內容參考：

一、急診：於○○○年○○月○○日○○時○○分，於本院急診求診，經診療後於○○○年○○月○○日○○時○○分離院，宜門診追蹤治療(以下空白)。

二、門診：於○○○年○○月○○日，於本院門診求診，經診療後○○○年○○月○○日離院(以下空白)。

三、住診：於○○○年○○月○○日住院，○○○年○○月○○日施行手術，於○○○年○○月○○日出院，宜續門診追蹤治療(以下空白)。