

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，未成年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：轉診 參考 保險 兵役 訴訟 其他

取件：自取，領取簽收_____ 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							
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 (醫師簽章)		
三、出院病歷摘要								
四、門(急)診病歷								
五、 <input type="checkbox"/> 手術記錄單 <input type="checkbox"/> 產程紀錄單								
六、整本病歷			14 日					
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	主治醫師 (醫師簽章)

收費：X75-996A (S3D00)放射科影像複製光碟費(份) 200 元 G08-002 診斷證明書費 100 元

G08-S09 (S3D00)檢查影像複製光碟費(份) 200 元 G08-006 診斷證明書影本 50 元

N73-S15 (S3F00)核醫影像複製光碟費(份) 200 元 G08-S39 臨櫃行政處理費 100 元

M22-190 (S1710)心導管檢查影像複製光碟費(份) 200 元 G08-S40 臨櫃代理診斷證明書費 100 元

G08-017 病歷資料影印(5 張內 100 元) G08-145 郵寄服務費 50 元(大於 15 張，郵資另計)

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_____ (病人本人 法定代理人 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、批價、病歷課、心導管室、核醫、放射科

※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)。