

病歷資料/診斷證明申請單暨委託書

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

一式一聯：櫃檯、診間、病房、病歷課、心臟血管中心、核子醫學科、影像醫學科、批價、病歷課、心臟血管中心、核子醫學科、影像醫學科

姓 名		病歷 號		身分 證號		連絡 電話	
代理申請人 姓名		與病人 關係	病人之	身分 證號		連絡 電話	
應 附 證 明 文 件	※為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件※						
	本人申請	身分證正本					
	代理人申請	病人身分證正本、代理人身分證正本及病人之委託同意書					
	未 成 年 人 資 料 之 申 請	1. 法定代理人請攜：身分證正本、法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿正本或病人身分證件正本)。 2. 如由代理人申請，需備齊上述資料、委託同意書及代理人身分證正本。					
	往 生 者 資 料 之 申 請	1. 繼承權者攜身分證件正本、與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)及病人除戶證明。 2. 如由代理人申請，需備齊上述資料、委託同意書及代理人身分證正本。					
說 明	一、診斷證明書如有特定需求或用途者，請掛號原主治醫師門診，與原主治醫師當面溝通。 二、因個人資料保護法，需檢核證件正本資料，「 <u>網路申請者恕不適用郵寄服務</u> 」，敬請見諒。 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、 <u>超過通知領件日「二個月」未取件者，本次申請視同作廢，如有需要請重新申請。</u>						
申請用途		☐ 轉診 ☐ 參考 ☐ 保險 ☐ 兵役 ☐ 訴訟 ☐ 其他_____					
申請內容		申請複印範圍及日期	份數	收費說明		取件說明	
醫 療 影 像	☐ X光	☐ 核醫			影像複製光碟費(份) 200 元		1.至影像醫學科、核子醫學科、心臟血管中心取件 2.約 15-30 分鐘
	☐ 電腦斷層	☐ 核磁共振			☐ X75-996A (S3D00)X 光 ☐ N73-S15 (S3F00)核醫 ☐ M22-190 (S1710)心導管 ☐ G08-S09 (S3D00)特殊檢查		
	☐ 心導管檢查	☐ 特殊檢查					
☐ 檢驗(查)報告				☐ G08-002診斷證明書費 100元 ☐ G08-006診斷證明書影本50元 ☐ G08-S39臨櫃行政處理費100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) ☐ G08-018病歷資料影印 第6張起(每張5元) 共_____張		1.申請後 3 日 2.轉診或特殊需求，得以急件辦理(約 90 分鐘內取件) 3.整本病歷 14 日 4.新申請診斷證明書為可掛號日後 3 個工作日	
住院紀錄	☐ 病歷摘要 ☐ 護理紀錄						
☐ 門(急)診病歷							
☐ 手術記錄單							
☐ 整本病歷							
診斷證明	☐ 補發 ☐ 新申請						
☐ 郵寄(普掛)，G08-145 郵寄服務費 50 元(大於 15 張，郵資另計) ☐ 自取，領取簽收：							
地址：							
委 託 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：_____							
內 部 作 業	批價員 日期		製作人 日期		電話通知 (日期/經辦)	發件人 日期	
					簡訊通知 (日期/經辦)		
					☐ 補收費用 ☐ 退費\$		

聖保祿醫院

21cm×27cm

114.03

823141

MRS-W-0004-01

※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)。

聖保祿醫院

21cm×27cm

114.03

823141

MRS-W-0004-01