

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，「 網路申請者恕不適用郵寄服務 」，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、 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。						
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_____					
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	<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 電腦斷層	<input type="checkbox"/> 核磁共振		<input type="checkbox"/> X75-996A (S3D00)X光 <input type="checkbox"/> N73-S15 (S3F00)核醫			
	<input type="checkbox"/> 心導管檢查	<input type="checkbox"/> 特殊檢查		<input type="checkbox"/> M22-190 (S1710)心導管 <input type="checkbox"/> G08-S09 (S3D00)特殊檢查			
<input type="checkbox"/> 檢驗(查)報告				<input type="checkbox"/> G08-002診斷證明書費 100元 <input type="checkbox"/> G08-006診斷證明書影本50元			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	<input type="checkbox"/> 病歷摘要			<input type="checkbox"/> G08-S39臨櫃行政處理費100元			
	<input type="checkbox"/> 護理紀錄			<input type="checkbox"/> G08-S40臨櫃代理診斷證明書費100元			
<input type="checkbox"/> 門(急)診病歷				<input type="checkbox"/> G08-017病歷資料影印(5張內100元)			
<input type="checkbox"/> 手術記錄單				<input type="checkbox"/> G08-018病歷資料影印			
<input type="checkbox"/> 整本病歷				第6張起(每張5元) 共_____張			
診斷證明	<input type="checkbox"/> 補發						
	<input type="checkbox"/> 新申請						
<input type="checkbox"/> 郵寄(普掛)，G08-145 郵寄服務費 50 元(大於 15 張，郵資另計) <input type="checkbox"/> 自取，領取簽收：							
地址：							
委託書	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：_____			
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)		
					<input type="checkbox"/> 補收費用 <input type="checkbox"/> 退費\$		

※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