

國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院 影像光碟複製本申請書

※請您勾選所屬申請人類別，並備妥相關證件：

- 1.本人申請：身分證正本。
- 2.代理人申請：(1) 病人身分證正本 (2) 病人之委託同意書 (3) 代理人身分證正本 (精神部病人之委託同意書須請病人簽名後並蓋章)。
- 3.法定代理人申請(未成年人、受監護宣告者資料)：(1) 病人身分證正本(未成年者得提供戶口名簿正本)(2) 法定代理人身分證正本 (3) 與病人之關係證明(戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定書等正本)。◎本項如由代理人申請，須備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本。

※依我國民法規定，年滿二十歲方為成年。

- 4.具繼承權者申請(往生者資料)：(1) 具繼承權者身分證正本 (2) 與病人之關係證明文件正本 (3) 病人除戶證明正本(除戶謄本或死亡證明書) ◎本項如由代理人申請，須備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本。

※外籍人士請出示護照正本或居留證正本。

※委託代理人申請時，應檢具相關證明文件正本供查驗。

癌醫中心醫院影像光碟複製本申請委託同意書

本人(病人本人或未成年病人之法定代理人)因無法親自至癌醫中心醫院申請影像光碟複製本，同意_____ (先生/女士) 代為申請病人於癌醫中心醫院_____ (期間) 之影像檢查。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人：_____ (簽章)；身分證字號：_____

代理申請人：_____ (簽章)；身分證字號：_____；與病人之關係：_____

※本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

請翻至背面繼續填寫，謝謝!!

國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院

影像光碟複製本申請書

病 姓	人 名		性 別		身 分 證 字 號		病 歷 號 碼	
聯 地	絡 址						電 話	

代 理 申 請 人 姓 名		性 別		身 分 證 字 號		與 病 人 關 係		
聯 地	絡 址	代理申辦請備妥雙方證件及填妥背面委託同意書始得辦理					電 話	

申 請 用 途							
檢 查 項 目	檢 查 日 期	份 數	工作 人員 填 寫				
1. 電腦斷層			受 理 人 (已核對證件無誤) 受 理 時 間 預 計 取 件 時 間				
2. 核磁共振							
3. 血管攝影							
4. 核醫 PET CT							
5. X光							
6. 牙科 X 光							
7. 乳房攝影							
8. 骨質密度							
9. 內視鏡							
10. 超音波							
11. 其他							
費用合計：							

領收人簽名： _____ 本人 代理人；領收日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日