

National Taiwan University Cancer Center

Authorization and Request for Release of Medical Information

Name 姓名		Gender 性別		Age 年齡		ID.No. 身分證號		Medical Record No. 病歷號碼	
Address 地址								TEL/Mobile 電話	
Representative 代理申請人姓名		Gender 性別		Age 年齡		ID.No. 身分證號		Relationship to Patient 與病人關係	
Address 地址								TEL/Mobile 電話	

Purpose of request 申請用途	<input type="checkbox"/> Continuity of care or discharge planning 轉診 <input type="checkbox"/> Going abroad 出國 <input type="checkbox"/> Insurance Underwriting 保險核保 <input type="checkbox"/> Insurance Claims 保險理賠 <input type="checkbox"/> Military 兵役 <input type="checkbox"/> Legal purposes 訴訟 <input type="checkbox"/> Self reference 參考 <input type="checkbox"/> Application on major injuries 重大傷病 <input type="checkbox"/> Others 其他
-----------------------------------	---

Information Requested 申請內容	Dates of Treatment 期間(或日期)	Unit 份數	Fee 單價	For official use only 工作人員填寫	
一、 Examination report 檢查報告單 1. <input type="checkbox"/> Laboratory results (blood, urine, stool, etc.) 檢驗報告(血液、尿液、糞便等) 2. <input type="checkbox"/> Pathology reports 病理報告 3. <input type="checkbox"/> Imaging report 影像報告(文字報告) (<input type="checkbox"/> X-ray X光 <input type="checkbox"/> MRI 核磁共振 <input type="checkbox"/> CT 電腦斷層) 4. <input type="checkbox"/> EKG / ECG reports 心電圖報告 5. <input type="checkbox"/> Ultrasound reports 超音波檢查報告 (<input type="checkbox"/> abdominal 腹部 <input type="checkbox"/> breast 乳房 <input type="checkbox"/> heart 心臟 <input type="checkbox"/> kidney 腎臟 <input type="checkbox"/> _____) 6. <input type="checkbox"/> Endoscopic examination reports 內視鏡檢查報告 (<input type="checkbox"/> gastroscopy 胃鏡 <input type="checkbox"/> colonoscopy 大腸鏡 <input type="checkbox"/> bronchoscopy 支氣管鏡 <input type="checkbox"/> _____) 7. <input type="checkbox"/> Audiometry 聽力檢查報告 8. <input type="checkbox"/> Psychological measurement reports 心理衡鑑報告 9. <input type="checkbox"/> Other reports 其他報告 Type(s) : _____			First 10 pages, NT\$20 per page. Additional pages, NT\$5 per page. 小於 10 張, 每張 20 元 第 11 張起, 每張 5 元	Reception 受理人 Time of reception 受理時間	
二、 <input type="checkbox"/> Discharge summary 出院病歷摘要 Department(s) of : _____				1 to 10 pages, NT\$200. Additional pages, NT\$5 per page. 小於 10 張, 基本費 200 元, 第 11 張起每張 5 元	Copy 影印人 Time of copy 完成時間
三、 <input type="checkbox"/> Out-patient clinic visit notes 門診醫師紀錄					Release 發件人 Time of release 發件時間
四、 <input type="checkbox"/> Emergency records 急診紀錄 五、 <input type="checkbox"/> Operation note 手術紀錄					
六、 <input type="checkbox"/> All pages of medical records 全本病歷 Department(s) of : _____	【on-site】 僅限現場申請				
七、 <input type="checkbox"/> Clinic visit /Emergency room summary Department(s) of : _____ 門(急)診病歷資料重整	【on-site】 僅限現場申請			NT\$650 per Department 650 元/科	

Signature of Recipient 領收人簽名: _____ ; Date 領收日期: _____ / _____ / _____ (mm/dd/ yyyy)

The undersigned hereby authorizes National Taiwan University Cancer Center to release my medical information described above. 本人簽署同意臺大醫院癌醫中心分院釋出以上指定之本人病歷

 Signature of Patient or Patient's Legal Representative 病友或其法律代理人簽名

 Signature of Patient's Representative 受委託人簽名