

臺大醫院癌醫中心分院病歷摘要及複製本申請書

(E-mail 及 傳真)

一、領件時請備妥相關證件：

1. **本人領件**：身分證正本或護照正本。
2. **代理人領件**：(1)病人身分證正本或護照正本(2)病人之委託同意書((3)代理人身分證正本或護照正本。
3. **法定代理人領件(未成年人、受監護宣告者資料)**：(1)病人身分證正本或護照正本(未成年者得提供戶口名簿正本)(2)法定代理人身分證正本或護照正本(3)與病人之關係證明(含詳細記事欄之戶口名簿正本或保留完整記事欄之戶籍謄本正本、法院裁定書等正本)◎本項如由代理人領件，須備齊前述資料、委託同意書、代理人身分證正本或護照正本。
- ※依我國民法規定，年滿十八歲方為成年。
4. **具繼承權者領件(往生者資料)**：(1)具繼承權者身分證正本或護照正本(2)與病人之關係證明文件正本(3)病人除戶證明正本(保留完整記事欄之除戶謄本正本或死亡證明書正本)◎本項如由代理人領件，須備齊前述資料、委託同意書、代理人身分證正本或護照正本。
- ※外籍人士請出示護照正本或居留證正本。
- ※委託代理人領件時，應檢具相關證明文件正本供查驗、影印留存。

二、作業程序及領件時間：

- 傳真申請者：傳真電話 02-3322-9601，請務必於傳真後 5-10 分鐘來電 02-2322-0322 分機 38699 或 38789，確認傳真收件。
- E-MAIL 申請者：寄至 ntuccmrd@ntucc.gov.tw，系統將自動回信，待本院回信告知取件時間。
- 原則週一申請，週三領件。週二申請，週四領件。週三申請，週五領件。週四申請，週一領件。週五申請，週二領件。週六週日申請，週三領件。若遇特殊情形，無法依上述時間領件之案件，則另電話通知。
- 領件地點：一樓聯合服務中心「病歷申請」櫃檯。
- 領件時間：週一至週五 8:00-17:00，中午無休(週六、日與國定假日皆無服務)。

※請注意：做完檢查，報告約 7-10 個工作日完成。

三、本國人姓名均以中文呈現在病歷上，若影印之報告需加註英文姓名，須另出示護照或相關官方證明佐證。

病人姓名	性別	年齡	身分證字號	(必填)※	病歷號碼	(可不填)	
聯絡地址					行動電話	(必填)※	
代理人姓名	性別	年齡	身分證字號	(必填)※	與病人關係		
聯絡地址					行動電話	(必填)※	
申請用途 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 其他_____							
申請內容			期間(或日期)		份數	單價	工作人員填寫
一、檢查報告單：						到院領件時再繳費 小於 10 張，每張 20 元 第 11 張起，每張 5 元	受理人 / 受理時間
1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告(血液、尿液、糞便等)							
2. <input type="checkbox"/> 病理報告							
3. <input type="checkbox"/> 影像報告(文字報告) (<input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層)			【影像光碟請至影醫部申請】				影印人 / 完成時間
4. <input type="checkbox"/> 心電圖 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 24小時 <input type="checkbox"/> 運動)							
5. <input type="checkbox"/> 超音波檢查報告 (<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> _____)							
6. <input type="checkbox"/> 內視鏡檢查報告 (<input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 <input type="checkbox"/> 支氣管鏡 <input type="checkbox"/> _____)							
二、 <input type="checkbox"/> _____科出院病歷摘要						發件人 / 發件時間	
三、 <input type="checkbox"/> 門診醫師紀錄							
四、 <input type="checkbox"/> 急診紀錄							
五、 <input type="checkbox"/> 手術紀錄							
六、 <input type="checkbox"/> 其他，請說明							

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