

國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院 病歷摘要及複製本申請書

※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。
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、影印留存。

※本國人姓名均以中文登錄，影印之報告如需加註英文姓名須另出示護照正本或相關官方證明佐證。

癌醫中心醫院病歷摘要及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病歷資料影本，同意_____ (先生/女士) 代為申請病人於癌醫中心醫院_____ (期間) 之_____ (病歷內容)。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

病歷摘要及複製本申請書

病姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷碼	
聯絡地址								電話	

代理申請人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址	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	<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：(書面報告)						
1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告(血液、尿液、糞便等)			小於10張每張20元，第11張起，每張5元	受理人 (已核對證件無誤)		
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)					受理時間	
4. <input type="checkbox"/> 心電圖報告(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 24小時 <input type="checkbox"/> 運動)					影印人	
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"/> _____)						完成時間
7. <input type="checkbox"/> 聽力檢查報告						
8. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告						
9. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告_____						
二、 <input type="checkbox"/> _____科出院病歷摘要				發件人		
三、 <input type="checkbox"/> 門診醫師紀錄				發件時間		
四、 <input type="checkbox"/> 緊急處置中心紀錄			小於10張，基本費200元，第11張起每張5元			
五、 <input type="checkbox"/> 手術紀錄						
六、 <input type="checkbox"/> 全本病歷		【僅限現場申請】				
七、 <input type="checkbox"/> _____科門診病歷資料重整 <input type="checkbox"/> 中文出院病歷摘要需請醫師重新彙整		【僅限現場申請】	650元/科 7日內			

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