

病人姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號 (居留證字號)			
			連絡電話			
通訊住址	市(縣) 鎮 區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓 之					
法定代理人姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號 (居留證字號)	與病人之關係		
			連絡電話			
通訊住址	市(縣) 鎮 區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓 之					
申請用途	<input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 其他： (請寫明用途)_____					
收費標準	■病歷複製基本費：上限150元/次 ■病歷/檢驗項目影印費(A4)複製(蓋章)收費：5元/頁					
申請內容	申請項目	期間(或日期)	份數	調閱頁數	本次調閱總頁數	
	<input type="checkbox"/> 門診紀錄暨病歷摘要					
	<input type="checkbox"/> 檢驗(查)報告					
	<input type="checkbox"/> 病理切片報告					
	<input type="checkbox"/> 手術紀錄					
<input type="checkbox"/> 其他：						
注意事項	親送應備證件 ■患者本人：攜帶身分證正本 ■委託人代理：攜帶患者本人與委託人身分證正本 ■患者未成年：患者戶口名簿(或健保卡)正本+父親(或母親)身份證正本。 ※親送：以上證件正本查核後即可歸還，後頁檢附影本請填寫印出。如無，診所端將影印留存。 ※郵寄：以上證件影本務必申請備妥以掛號寄出。		作業時間 ■病歷複製以收件後10-14個工作天為原則，完成後將以電話(通訊軟體)通知取件。若因完件通知後因申請者本人(委託人)逾原定領件時間領取而間接影響個人申請用途時效，概予顧家醫療無關，申請者不得向顧家醫療為任何法律上之主張。	作業流程 本人(或原申請委託人)親送或郵寄 ↓ 行政作業時間 ↓ 電話(通訊軟體)通知完成 ↓ 本人(或原申請委託人)親自取件 ※恕無開放雲端作業、費用轉帳。	遞件取件作業 ■取件日期 ■經手人	完件取件作業 ■取件日期 ■經手人 ■完成費用共新台幣_____元

※患者本人請接續第二頁填寫同意書；委託代理申請請至第三頁填寫委託書

顧家醫療病歷複製本申請同意書

申請人患者本人之身分證正、反面影本

身分證正面影本黏貼處

★請在此簽名並附註日期：

身分證反面影本黏貼處

★請在此簽名並附註日期：

顧家醫療病歷複製本申請委託同意書

本人_____ (病患本人或未成年病患之法定代理人) 因無法親自至顧家醫療申請病歷資料影本特委託_____ (先生/女士) 代為前往申請。申請內容如前頁申請書填寫之內容為主。

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: _____

申請日期: 民國____年____月____日

※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, 並賠償顧家醫療衍生之損失。

原申請人之身分證正、反面影本(未成年患者戶口名簿/健保卡影本)

身分證正面影本黏貼處

身分證反面影本黏貼處

★請在此簽名並附註日期:

★請在此簽名並附註日期:

代理申請人之身分證正、反面影本

身分證正面影本黏貼處

身分證反面影本黏貼處

★請在此簽名並附註日期:

★請在此簽名並附註日期: