



病歷複製申請書

病歷號碼：_____

申請日期：民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病 人 姓 名		出生日期	電 話		
		身分證字號			
通 訊 住 址	市(縣) 段 巷	鎮 區 里 鄉 路 街 弄 號 樓 之			
法定代理 人姓名		出生日期	與病人之關係		電 話
		身分證字號			
通 訊 住 址	市(縣) 段 巷	鎮 區 里 鄉 路 街 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	<input type="checkbox"/> 病歷複製基本費：上限 150 元/次 <input type="checkbox"/> 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	應備證件 <input type="checkbox"/> 患者本人：攜帶身分證正本。 <input type="checkbox"/> 委託人代理：攜帶委託人身分證正本。 <input type="checkbox"/> 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。				

※患者本人請接續第二頁**完成申請書填寫**；委託代理申請請**填寫申請書及委託書**

----- 以下欄位由院方填寫 -----

遞 件	主 治 醫 師	完 成	病 人 簽 收	掃 描
經手人簽名/日期	主治醫師簽名/日期	經手人簽名/日期	本人或代理人/日期	經手人簽名/日期



病歷複製申請書(本人申請使用)

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	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：

病歷複製申請/領取委託書(委託他人申請使用)

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/領取病歷資料影本
特委託_____ (先生/女士) 代為前往申請/領取。申請內容如前頁申請書填寫之內容為主。

立同意書人：_____ (簽名) ; 身分證字號：_____

代理申請人：_____ (簽名) ; 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：