

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) _____ 鎮 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 之 _____				
法定代理人姓名	出生日期		與病人之關係		
	身分證字號				
通訊住址	市(縣) _____ 鎮 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 之 _____				
申請用途	☐ 參考 ☐ 保險 ☐ 轉診 ☐ 兵役 ☐ 出國 ☐ 訴訟 ☐ 申請補助 ☐ 重大傷病 ☐ 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 ■治療期間照片(含隨身碟)：350 / 1 顆				
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
	☐ 門診紀錄暨病歷摘要				
	☐ 檢驗(查)報告				
	☐ 病理切片報告				
	☐ 手術紀錄				
	☐ 治療期間照片				
☐ 其他：					
注意事項	應備證件 ■患者本人： 攜帶身分證正本。 ■委託人代理： 攜帶委託人身分證正本。 ■患者未成年： 患者戶口名簿(或健保卡)正本+父親(或母親)身分證正本。 ※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第三頁**申請書及委託書**

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 ★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：
---------------------------------------	---------------------------------------

----- 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/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 ★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：
---------------------------------------	---------------------------------------

代理申請人之身分證正、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：
---------------------------------------	---------------------------------------