

| | | | | |
|--|-------------------|-----------|--|--------|
| 病人姓名 | 身分證字號 | 電話 | 病歷號碼 | |
| 申辦應附證件 一、基於病歷資料涉及個人隱私，為保障病人權益，申辦證件不齊全者，恕不受理。 二、相關證件及文件皆須正本，並同意本院影印留存，以供查驗。 1. 病人本人之病歷資料申請： (1) 本國人：身分證 (2) 非本國人：居留證或護照或旅行證(內含統一證號及照片) 2. 未成年人(未滿十八歲)之病歷資料申請： 法定代理人請帶：(1) 法定代理人身分證 (2) 與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證) 3. 往生者之病歷資料申請： 具繼承權者請帶：(1) 具繼承權者身分證 (2) 與往生者之關係證明文件(戶籍謄本或往生者身分證或除戶證明或死亡證明書) | | | | |
| 申請用途 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 開立死亡證明參考 <input type="checkbox"/> 下轉 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | |
| 醫師簽章： _____ (若經醫師協助指定複製內容) | | | | |
| 申請病歷內容 | 就醫期間 (或日期) | 份數 | 處理時間 | |
| 1. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 科別： | | | 1. 衛生署 93 年 9 月 30 日衛署字第 09302175011 號函規範，醫療機構提供病歷複製本之時效，以 3-14 個工作天內交付病人為原則。 2. 原則上可 3~7 個工作天取件，若因病歷頁數過多，最遲不超過 14 天。 | |
| 2. <input type="checkbox"/> 急診病歷 | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> 英文出院病歷摘要 | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> 手術記錄 | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> 抽血驗尿報告 | | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> 檢查報告 <input type="checkbox"/> X光(X-Ray) <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 心電圖(EKG) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 內視鏡 <input type="checkbox"/> 其他 請說明： | | | | |
| 7. <input type="checkbox"/> 病理切片報告 | | | | |
| 8. <input type="checkbox"/> 影像類檢查光碟片 | | | | 當天 |
| 9. <input type="checkbox"/> 中文出院病歷摘要 | | | | 3-14 天 |
| 10. <input type="checkbox"/> 其他 請說明： | | | | 650 元 |
| 收費 基本服務費 200 元(10 張內)，第 11 張起每張 5 元。 | | | | |
| 受理、取件說明 1. 若住院中之病人欲申請病歷複製本，由本人或其家屬向病房護理站提出申請。 2. 受理時間：週一至週五(8:00—16:30)；週六(8:00—11:30)。例假日/公休日不受理。 3. 取件時間以 1 個月為限，請攜帶證明文件正本至申辦窗口取件，逾時未取件視同作廢，如有需要請重新提出申請。 4. 若有疑問請洽漢銘基督教醫院【批價櫃檯】，電話：04-7113456 分機 8131、8148。 | | | | |
| 申請人簽名： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 承辦人： _____ | | | | |

領收人簽名： _____ 領件日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 承辦人： _____
 (已核對各項證件無誤)

證件影本黏貼處

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

