



# 病歷資料查詢申請單

病歷號：

病人姓名	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身分證字號/ 居留證字號						
聯絡電話	申請用途		<input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 自存 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> _____						
代理人姓名	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身分證字號/ 居留證字號						
聯絡電話	與病人關係		代理人簽名						
申請項目範圍	申請內容		期間/或日期					張(份)數	
	一、病歷調閱費(150 元)								
	1.檢驗報告單： <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿液								
	2.病理組織切片								
	3.放射報告 <input type="checkbox"/> 文字報告								
	4. <input type="checkbox"/> 抹片 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> 新柏氏								
	5.住院紀錄								
	6.門診紀錄								
	7.全本病歷								
	8、超音波報告(100 元/份)								
	9、數位影像光碟(200 元/張)								
	二、病歷摘要(200 元/份)								
	三、診斷書 <input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 已開立過								
	四、其他_____								
<b>費用總計</b>									
<input type="checkbox"/> 本人申請：身分證正本 <input type="checkbox"/> 代理人申請：①病人身分證正本②委託同意書③代理人身分證正本 <input type="checkbox"/> 法定代理人：①病人身分證正本(證明身分關係戶口名簿)②法定代理人身分證正本									
備註	<input checked="" type="checkbox"/> 經接獲本院聯繫取件後，請於 14 天內取件，基於病歷保密原則，逾時未取件者得銷毀，若仍有需要請重新申請。								
受理日期			受理人員						
領件日期			領件人簽名						

## 當事人委託書

本人因無法親自至宏其婦幼醫院，故同意由 \_\_\_\_\_ (關係： \_\_\_\_\_ ；身分證字號： \_\_\_\_\_ ) 代為申請 \_\_\_\_\_ (日期期間) \_\_\_\_\_ (病歷內容)之資料。若代理申請人將申請之資料作為他用時，由代理申請人依法負責。

授權人(病人或其法定代理人)姓名： \_\_\_\_\_ (簽章)

代理人姓名： \_\_\_\_\_ (簽章)

◎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。