

國軍高雄總醫院病歷資料申請單暨委託書

病人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
聯絡電話	電話： 手機號碼：	資料用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 其他		
申請種類 (請就需要項目劃√號)		期間	份(張)數	申請地點	
<input type="checkbox"/> 住院急診病歷 <input type="checkbox"/> 住院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 <input type="checkbox"/> 住院全本病歷 <input type="checkbox"/> 日間出席表				<input type="checkbox"/> 醫事服務檯 <input type="checkbox"/> 門、急診櫃檯 <input type="checkbox"/> 住院櫃檯 <input type="checkbox"/> 網路	
<input type="checkbox"/> 住院門診收費明細表 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(已開過) <input type="checkbox"/> 手術記錄 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告 <input type="checkbox"/> 其他_____					
<input type="checkbox"/> 門急診病歷 <input type="checkbox"/> 全本(含住院病歷摘要) <input type="checkbox"/> 部份		<input type="checkbox"/> 已通知取件		<input type="checkbox"/> 補證件 主治醫師簽章	
<input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 檢查報告 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 核醫 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肌電圖 <input type="checkbox"/> 其他_____					
影印張數	共_____張_____元		收費蓋章	基本費100元	
備註	※為保障病人權益及隱私，申請資料請備妥相關證件： 1. 本人申請：身分證正本。 2. 由代理人申請：(1)病人身分證正本(2)代理人身分證正本(3)病人之委託書 ※受理時間：週一至週五(08:00-16:30，中午無休)；週六(08:00-11:30)。例假日不受理				

申請日期：__年__月__日

領收人簽名：

完成日期：__年__月__日

委 託 書

本人因確實無法親自辦理病歷資料申請，特委託_____君(與本人關係：_____)，
代為向貴院申請上述病歷資料，此受託行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

受託人姓名：_____ (簽章) 聯絡電話：_____