序號	姓名	性別	出生年月日			血型	身分證字號	護照號碼	居留證號	國籍(台灣、外國-請填國家)	婚姻狀況	職業	教育程度	通訊地址	公司電話	手機	緊急連絡人			個資詢問-1	個資詢問-2
			西元	月	日												姓名	電話	手機	醫院處理、利用本人留存病歷紀錄等相關通訊資料以寄發郵件、E-mail、簡訊、電話等方式通知衛教、健檢、病友會、醫訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷滿意度調查等，日後有反對意見可提出申請停止利用。 【請勾選同意/不同意】	貴院調閱下載本人之衛生福利部健保署健保醫療資訊雲端查詢系統紀錄與調閱跨院 電子病歷，作為醫療團隊醫療照護參考。本同意書效期為病歷法定保存年限(七年)。 經調閱下載的資料僅限於貴院就醫診療參考，不作其他用途，且本人看診後，即應依照健保法規期限將調閱下載的資料刪除。但下載之資訊，醫師因醫療需要，已列入病歷者，不在此限。對於所查資料，如有疑義，仍以原提供該資料之醫療機構之病歷紀錄為準。本人依個人資料保護法規定
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					