

# 高雄市立聯合醫院(高雄榮民總醫院經營管理)

## 病歷資料複製申請單暨委託書

病人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號 (居留證字號)	
聯絡電話		通知方式	<input type="checkbox"/> 電話通知 <input type="checkbox"/> 簡訊通知	病歷號碼	
領取方式	<input type="checkbox"/> 申請人自領 <input type="checkbox"/> 委託他人(請填背面委託書)				
受託人姓名		與病人關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 關係人_____	身分證字號 (居留證字號)	
資料用途	<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 安養中心 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 行政相驗 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
申請內容及範圍	項目			時間範圍及科別	份數
	<input type="checkbox"/> 門診紀錄				
	<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要( <input type="checkbox"/> 急診、 <input type="checkbox"/> 住院)				
	<input type="checkbox"/> 診斷證明書(需經醫師開立始可申請複製)				
	<input type="checkbox"/> 檢查/驗報告				
	<input type="checkbox"/> 中文病歷摘要				
	影像檢查光碟 (臨櫃申請者，請至地下1樓放射科辦理)			<input type="checkbox"/> X光檢查 <input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 其它_____	
費用說明	<p>◎本院依據高雄市政府衛生局公告醫療機構收費標準辦理，請詳閱下列說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病歷申請及取件時，需檢附相關證明文件(請翻閱背面詳閱)，以供驗證申請人身分(個人資料保護之安全性)。臨櫃申請者取件時，需攜帶繳費收據。</li> <li>「紙本病歷」複製基本費200元，如超過20張每張加收3元(超過基本費取件時再另計補繳)。</li> <li>「已開立之診斷證明書」複製一份30元。</li> <li>「影像檢查光碟」複製單筆影像200元，2筆影像400元，一片光碟片(3筆以上影像)以500元為限，資料超出光碟容量/片，每片加收100元。</li> <li>住(出)院病歷摘要及檢查報告，須經看診醫師同意；且須1~3工作天(不含假日、國定假日)；中文(出院)病摘須7~14工作天(不含假日、國定假日)。</li> <li>全本病歷影印只限本人親自申請，並留存身分證及健保卡正面影本以為證實，因須知會看診醫師及院長，依衛生福利部規定：3天為原則，不超過14天(不含假日、國定假日)。</li> <li>申請病歷複製自通知30天內，如未領取將逾時銷毀，須重新辦理，且費用不予退還。</li> </ol>				
	<input type="checkbox"/> 我同意上述費用說明並已確認所需複製內容				
受理時間	年 月 日 時 分	通知時間	年 月 日 時 分	交付時間	年 月 日 時 分
申請費用	紙本病歷小計_____張，超過20張總計_____元。 影像光碟總計_____元。診斷證明書總計_____元。				
醫事人員簽章	收件承辦人	病歷複製承辦人	取件承辦人	申請人(或受託人) 領件簽收	
				(請註明日期)	

# 高雄市立聯合醫院(高雄榮民總醫院經營管理)

## 病歷資料複製申請單暨委託書

病歷申請及取件應檢附證明文件：

- 一、本人申請：雙證件(身分證、健保卡)正本。
- 二、非本人申請：
  1. 委託代理人申請：A.病人及受委託人雙證件(身分證、健保卡)正本、B.病人委託書填寫完整。
  2. 未成年人需由法定代理人申請：A.法定代理人雙證件(身分證、健保卡)正本、B.法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿、病人身分證正本)。
  3. 往生者資料之申請：A.具繼承權者或直系血親之雙證件(身分證、健保卡)正本、B.與病人之關係證明文件或具繼承權之證明文件、C.病人除戶證明(戶籍謄本或死亡證明書)。
  4. 【未成年之法定代理人】及【往生者具繼承權者或直系血親】委由他人代為申請：A.符合上述第2點、第3點之身分證明文件、B.法定代理人或繼承者載明委託意旨及範圍之委託書、C.受委託人雙證件(身分證、健保卡)正本。

【除病人本人或未成年之法定代理人提出申請者，均須檢具委託書】

### 一般申請案件

### 委 託 書

立委託書人\_\_\_\_\_，因確實無法親自辦理資料申請，特委託受託人代為向貴院申辦，資料範圍如【病歷資料申請單暨委託書】內容，如受託人有逾越申請之範圍，或將申請之資料作為他用時，由受託人依法負責，概與貴院無關，立委託書人或病人本人/其法定代理人不得向貴院提出任何法律之主張。

此致 高雄市立聯合醫院(高雄榮民總醫院經營管理)

委託人姓名\_\_\_\_\_ (簽章)

受託人姓名\_\_\_\_\_ (簽名及蓋章) 填寫日期： 年 月 日

### 行政相驗申請案件 (一般申請案件免填)

### 委 託 書

病人\_\_\_\_\_於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日往生，故由\_\_\_\_\_ (關係： )代為申請資料，如有不實願負法律責任。

具繼承權或直系血親之申請人姓名\_\_\_\_\_ (簽名及蓋章)

填寫日期： 年 月 日

◎ 滿意度調查表：為了提昇本院病歷資料複製申請作業品質，請您撥冗填寫問卷，以作為本院作業改善的重要參考。

項 目	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
說明:請針對於以下各項目滿意情形請「v」。					
1.等待取件時間					
2.服務態度					
3.病歷資料清晰度					
4.整體滿意度					
5.其他建議：					