

天成醫療社團法人天晟醫院

病歷資料申請表暨委託書

病人姓名		病歷號碼		聯絡電話	
聯絡地址					
委託代理人姓名		身份證字號		與病人關係	
聯絡地址				聯絡電話	
申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 自用參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 訴訟				
取件方式	<input type="checkbox"/> 自取 <input type="checkbox"/> 郵寄	申請份數	份	申請日期	
院內申請單位				院內申請人	
申請用途(公務)	<input type="checkbox"/> 法院(非訴訟) <input type="checkbox"/> 勞保局 <input type="checkbox"/> 資源共享 <input type="checkbox"/> 教學研究 <input type="checkbox"/> 感控 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> 社工				

內容項目	申請起迄日期	醫師/主任/護理部簽章
一、出院病歷摘要	年 月 日至 年 月 日	
二、門診病歷影本	年 月 日至 年 月 日	
三、急診病歷影本	年 月 日至 年 月 日	
四、 檢驗 檢查 報告 影本	<input type="checkbox"/> 1. 驗血驗尿報告	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 2. 病理切片報告	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 3. X光報告	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 4. 超音波報告	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 5. 鏡檢報告 (<input type="checkbox"/> 胃鏡、 <input type="checkbox"/> 大腸鏡、 <input type="checkbox"/> 其他)	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 6. EKG檢查報告	檢查日期：
	<input type="checkbox"/> 7. 其他檢查報告：	檢查日期：
五、其他：		
六、整本病歷		
副院長簽章		批掛組承辦人員簽章
病歷組承辦人員簽章		備 註

申請說明：

1. 應附證明文件：
 - ① 當事人請攜帶身分證正本。
 - ② 當事人無法親自辦理時可委託代理人，請填妥委託書(如背面)並簽章。
 - ③ 受委託人請攜帶身分證正本及當事人相關身份證件。
 - ④ 申請人如未成年、心智障礙或在國外，可由直系親屬或法定代理人憑身份證或戶口名簿代為申請，並須登錄代申請人之資料於申請單上。
2. 申請影印病歷資料，經醫師/科主任確認後印發。
3. 申請受理時間：
 - ① 非門診時間，備齊證件及申請文件後，可由批掛櫃檯收件代辦申請流程。
 - ② 檢驗(查)報告：1~3天 ③ 一般病歷影印：3~7天 ④ 整本病歷影印：3~14天。
4. 本院受理保險公司僅以函查方式取得病歷資料。
5. 病歷資料影本如採郵寄方式，郵資請自付。
6. 申請時間：週一至週五 8:00~21:00；週六 8:00~11:30 (門診看診時段)
7. 詢問電話：03-4629292 轉22551~22555

委 託 書

立委託書人_____君，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，申辦資料範圍包括
_____等項目，資料份數
_____份，以供_____用途，如受託人有逾越授權申請之範
圍，或將申請之資料作為他用時，由受託人依法負責。

此 致 _____ 天成醫療社團法人天晟醫院

受託人姓名：_____ (簽章)

委託人姓名：_____ (簽章) 授權日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

當事人身分證正反面影本黏貼處

正 面	反 面

受委託人身分證正反面影本黏貼處

正 面	反 面