

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 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 其他	
取件方式	<input type="checkbox"/> 自取	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	簽名
一、出院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 含護理紀錄	年 月 日至 年 月 日	主治醫師
二、門診病歷影本 <input type="checkbox"/> 含檢查報告	年 月 日至 年 月 日	
三、急診病歷影本 <input type="checkbox"/> 含護理記錄、檢查報告	年 月 日至 年 月 日	
四、護理紀錄	年 月 日至 年 月 日	
五、手術紀錄	手術日期:	護理長
六、檢驗檢查報告影本 <input type="checkbox"/> 驗血驗尿報告 <input type="checkbox"/> 病理切片報告	檢查日期:	
七、放射報告 <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 電腦斷層報告 <input type="checkbox"/> 核磁共振	檢查日期:	
八、超音波報告 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臟	檢查日期:	
九、鏡檢報告 <input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡	檢查日期:	
十、生檢報告 <input type="checkbox"/> 腦波 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 運動神經傳導	檢查日期:	醫療/行政業務代理人
十一、其它檢查報告	檢查日期:	
十二、 <input type="checkbox"/> 整本病歷 <input type="checkbox"/> 整本病歷保險理賠(包含項目:門/急診病歷、出院病摘、護理紀錄、手術記錄單、病理報告、其他各項報告)		
備註:		
批掛組承辦人員	<input type="checkbox"/> 基本費\$200 <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 流程 分機:	備註:
病歷室收件人	日期: 月 日 時 分	
病歷室COPY人	日期: 月 日 時 分	
紙本面數:	EMR面數:	HIS面數: 合計:

申請說明:

- 應附證明文件: ①當事人請攜帶身份正本 ②當事人無法親自辦理時可委託代理人,請填委託書(如背面)並簽名 ③受委託人請攜帶身份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申請,並須登錄代理人之資料於申請單上。
- 申請影本病歷資料確認印發規範: ①醫師:審閱病歷,若為申請住院病歷或手術紀錄單則需主治醫師(開刀醫師)於「病歷資料申請表暨委託書」簽章,若主治醫師(開刀醫師)請假,則由醫療業務代理人(第一順位)或行政代理人(第二順位)代為審閱病歷並於「病歷資料申請表暨委託書」簽章。 ②護理長:申請急診病歷或住院護理紀錄,則由該單位護理長審閱病歷並於「病歷資料申請表暨委託書」簽章。
- 申請受理時間: ①門診時間:週一至週五8:00-21:00;週六8:00-12:00 ②非門診時間,備齊證件及申請文件後,可由批價櫃檯收件代辦申請流程 ③檢驗(查)報告:1-3天(不含假日) ④一般病歷影印:3-7天(不含假日) ⑤整本病歷影印:3-14天(不含假日)
- 本院受理保險公司僅以函查方式取得病歷資料。
- 詢問電話:03-4629292轉22342(請於門診時間來電詢問:週一至週五8:00-21:00;週六8:00-12:00)

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