

新正薪醫院
病歷資料複製申請書暨委託書

112.08.24 二修

申請日期： 年 月 日

病人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	身分證字號	病歷號碼
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 街 市 區市 里 路 段 巷 弄 號 樓			
連絡電話	日() 夜()	行動電話:		

受託人(申請人)姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	身分證字號	與病人關係
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 街 市 區市 里 路 段 巷 弄 號 樓			
連絡電話	日() 夜()	行動電話:		

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：配偶父母子女親屬朋友其他_____），代為向貴院申辦病歷資料複製，申辦資料日期範圍包括如下填寫之項目，如有不實，願付一切法律責任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

新正薪醫院

受託人(申請人): (簽名蓋章)/日期: 年 月 日

委託人: (簽名蓋章)/日期: 年 月 日

本院受理日期: 年 月 日

醫療機構依醫療法第 71 條規定提供病歷複製本，應以病人或其法定代理人申請為原則；如非病人本人或法定代理人申請，應檢具病人或法定代理人**載明委託意旨及範圍之委託同意書**，始得為之。

申請複印用途及日期範圍

申請用途：保險 轉診 訴訟 申請補助 參考 其他

申請日期範圍： 年 月 日 至 年 月 日

申請人: (簽名蓋章)/日期: 年 月 日

申請內容:

- 一般診斷書 _____份
- 英文診斷書 _____份
- 出生證明 _____份
- 死亡證明 _____份
- 產程紀錄 _____張
- 超音波報告單 _____張
- 產檢記錄單 _____張
- 病理報告單 _____張
- 出院病歷摘要 _____張
- 門診病歷單張 _____張
- 影印整本病歷 _____份
- 檢驗報告 _____份
- 醫療影像光碟 _____份
- X光報告 _____份
- 其它 _____份

1. 收費:

- 病歷單張影印依批價收費
- 複印整本病歷基本費 200 元 (20 張內)，第 21 張起每張 5 元，最高上限 1000 元。

2. 取件方式

等候櫃檯人員通知，請攜帶繳費收據親自到院領取。

備註:

1. 病歷資料將申請所需時間，依高雄市衛生局之時間規範：檢驗報告原則上當天發給，最遲不超過 3 天；整本病歷 7 個工作天發給，最長不超過 14 天。
2. 證件影本貼於申請單後面。

※為保護病患隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件：
一. **本人申請**請備妥**雙證件**。
二. **非本人申請**
1. 委託代理人申請：
A. 病人**身分證件正本**
B. 受委託人**身分證件正本**
C. 病人委託書填寫完整。
2. 未成年人需由法定代理人申請：
A. 法定代理人身分證件正本
B. 法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿、病人身分證件正本)
三. 保險公司申請須提具投保時「病人所簽概括性條款之同意書」，但其不視為委託同意書。