

台東縣延平鄉衛生所病歷影印申請單

病患姓名 _____ 病歷號碼 _____ 身分證字號 _____

申請人姓名 _____ 男、女 出生 _____ 年 _____ 月 _____ 日身分證字號 _____

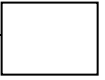
住址 _____ 電話 _____

與病患關係 _____ (非本人者請附病患委託書)用途 _____

看診病歷 () 份：日期 _____

申請項目：
 檢查〈驗〉報告 () 份：種類 _____

其 它 () 份：種類 _____



申請人 _____ 簽章 _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意事項：

- 一、他人代為申請時，須病患及申請人雙方（雙證件）身分證、健保卡，並檢附病患委託書並留存身分證、健保卡正面影本以為證實。
- 二、除看診病歷摘要及檢查〈驗〉報告外，須經看診醫師同意；**1-3 工作天**。
- 三、**影印病歷基本費 60 元，如超過 10 張每張加收 2 元（超過基本費取件時再另計補繳）。**
- 四、**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所長，依衛生署規定；**三天為原則，不得超過 14 天**。
- 五、未成年人，需由其法定代理人代為申請病歷資料，未成年人亦不得受託申請病歷資料（法定代理人需附關係證明-戶口名簿、健保卡及法定代理人之身分證）。

領收人簽名：

身分證號：

(以下欄位由本所承辦員填寫)

受理時間	交付時間	小計
午別：	午別：	
時 分	時 分	天數

影印項目	種 類	日 期	張 數	醫 師 核 章
	小計 _____ 張	總計 _____ 元	收費員 _____	

表單編號 _____

第一聯：留存(白色)
第二聯：貼病歷上(黃色)