

# 佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院病歷資料複製申請書暨委託書

※為保護病人權益與隱私，申請病歷資料複製，請備齊相關證明文件

1. 本人(病人)申請：身分證(正本)。
2. 委託代理人申請，請備齊：(1)病人身分證(正本)(2)病人之委託書(3)代理人身分證(正本)。
3. 未成年人(未滿18歲)資料需法定代理人申請，請備齊：(1)法定代理人身分證(正本)(2)法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證(正本))。
4. 未成年人(未滿18歲)資料，如委託代理人申請，請備齊：  
 (1)法定代理人身分證(正本) (2)法定代理人之委託書 (3)代理人身分證(正本)。  
 (4)法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證(正本))。
5. 往生者資料之申請，請備齊：(1)具繼承權者之身分證(正本) (2)與病人之關係證明文件(3)病人除戶證明(戶籍謄本或死亡證明書)\*本項如由代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證(正本)。

申請日期：       年     月     日   時間：   點   分

病人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年   月   日 <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	身分證字號	病歷號碼
申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 其他_____			
診治醫師			就醫科別	
申請內容	請勾選	所需病歷內容及日期	份數	摺疊處
門診記錄				
急診記錄				
病理報告				
出院病歷摘要 Discharge Summary				
住院病歷摘要 Admission Note				
病程記錄 Progress Note				
手術記錄OP Note				
X光片				
全本病歷				
中文病歷摘要				
其他病歷/報告				
合計	總頁數		共 _____ 頁	
院內作業 簽章欄位	櫃台承辦人員		病歷室	主治醫師

**※申請注意事項：**

(1)本人僅此聲明本次申請/委託申請屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，本人願負完全法律責任，絕無異議，另附上身份證明文件影本為憑。

(2)本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

**※若有疑問請洽電話：089-814880轉100、102、109**

**※收費規定：申請病歷資料複製，須繳交[病歷複製基本費]及影印每張加收5元**

申請人/委託人(病患)： 身份證字號： 聯絡電話：	簽名蓋章	聯絡地址：
受託人(代理人)： 身份證字號： 與委託人(病患)關係：	簽名蓋章	聯絡電話： 聯絡地址：

身份證明文件(影本黏貼處)僅供身份核對用

申請人身份證影本(正面)	申請人身份證影本(反面)
受託人身份證影本(正面)	受託人身份證影本(反面)

領取人簽名：  
E6C0022062-06

領取日期及時間： 年 月 日 點 分