

員林基督教醫院

病歷資料申請書暨委託同意書

※為確保病人隱私，申請人須為病人本人、法定代理人、配偶、直系親屬。

※申請病歷資料請備妥相關證件：

- 1.本人申請：應檢具身分證正本，未成年者為戶口名簿與法定代理人身分證正本。
- 2.委託代理人申請：應檢具病人之委託同意書及雙方身分證正本及印章以供查驗、影印留存。
- 3.已往生之病人資料申請：由具其繼承權之親屬提供身分證正本及與患者關係之證明文件、病人除戶證明正本以供查驗、影印留存。

※受理時間：週一至週五（上午 8:00~17:00）；週六（上午 8:00~11:30）。例假日不受理。

※若有疑問請洽員林基督教醫院【轉介服務中心】，電話 04-8381456 分機 2196

申請日期： 年 月 日

病人姓名		身分證字號		電話		病歷號碼	
受委託人姓名		身分證字號		電話		與病人關係	
受委託人申辦請備妥雙方身分證正本及印章並填妥背面委託同意書始得辦理							

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 其他 _____			承辦人： _____		
				(已核對各項證件無誤)		
申請內容	就醫期間 (或日期)	份數	受理地點	處理時間	收費(不含掛號費)	
一、證明書：			掛號 ↓ 診間 ↓ 批掛櫃台	當天	100 元	
1. <input type="checkbox"/> 一般診斷書				當天	500 元	
2. <input type="checkbox"/> 兵役用診斷書				當天	1000 元	
3. <input type="checkbox"/> 訴訟用診斷書				當天	100-300 元	
4. <input type="checkbox"/> 影像檢查光碟片 (不收掛號費)				當天	500 元	
5. <input type="checkbox"/> 公勞農保殘廢證明書						
6. <input type="checkbox"/> 其他：_____						
二、複印病歷資料：			一樓大廳轉介服務中心	1.衛生署 93 年 9 月 30 日 衛署字第 09302175011 號函規範，醫療機構提供病歷複製本之時限，以 3~14 個工作天內交付病人為原則。 2.原則上可 3~7 天領件，若因病歷頁數過多，最遲不超過 14 天。 基本服務費 200 元 (10 張內)，第 11 張起，每張 5 元		
1. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 科別：_____						
2. <input type="checkbox"/> 急診病歷						
3. <input type="checkbox"/> 出院病摘						
4. <input type="checkbox"/> 手術記錄						
5. <input type="checkbox"/> 整本						
6. <input type="checkbox"/> 其他 請說明：_____						
三、複印檢驗、檢查報告						
1. <input type="checkbox"/> 抽血驗尿報告 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院						
2. <input type="checkbox"/> 病理切片報告						
3. <input type="checkbox"/> 影像類檢查報告(文字)						
4. <input type="checkbox"/> 心電圖報告						
5. <input type="checkbox"/> 超音波報告						
6. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告 請說明：_____						



當事人親自申辦免填委託同意書

委 託 同 意 書

病患本人因無法親自至員林基督教醫院申請病歷資料影本，特委託_____君，代為向貴院申請前述病歷資料，此受託行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

委託人：_____（簽章）

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

※本受委託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，並同意留存身分證正反面影本為憑。

受委託人 姓名		出生 日期	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 鄰 路 段 巷 弄 號 樓						
聯絡 電話	日() 夜() 手機號碼：						

證件黏貼處

