

中國醫藥大學附設醫院台中東區分院
病歷資料複製申請單暨委託書

姓名		身分證字號		病歷號碼	
出生日期		聯絡電話		申請日期	年 月 日
應附證明文件	* 為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件 *				
	本人申請	身分證正本			
	代理人申請	病人身分證正本、代理人身分證正本及病人之委託同意書			
	未成年人資料之申請	1. 法定代理人請攜：身分證正本、法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿正本或病人身分證件正本)。 2. 非法定代理人申請，須備齊上述資料及法定代理人委託同意書、受託人身分證正本。			
	往生者資料申請	1. 繼承權者攜身分證件正本、與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)及病人除戶證明。 2. 如由代理人申請，需備齊上述資料、委託同意書及代理人身分證正本。			
說明	一、申請全本病歷或多科診斷書者，於7個工作天內接到本院通知後本院掛號批價櫃台取件。 二、因個人資料保護法，需檢核證件正本資料，「網路申請者恕不適用郵寄服務」敬請見諒。 三、申請資料保存期限：病歷資料於通知取件後，保留一個月，超過期限請重新申請。				
申請用途		<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <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_____			
申請內容		收費說明	張數	申請複印範圍及日期	
<input type="checkbox"/> 門診紀錄		申請複製病歷資料須繳交「病歷複製基本費」200元/10張(50200)，第11張起每增加一張加5元(5035)。			
住院紀錄	<input type="checkbox"/> 病歷摘要				
	<input type="checkbox"/> 護理紀錄				
<input type="checkbox"/> 病理【切片】報告					
<input type="checkbox"/> 檢驗【檢查】報告					
<input type="checkbox"/> 中文病歷摘要		每科每份650元，14個工作天			
醫療影像光碟	<input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT)	光碟片單項檢查200元(1R0001)，每增加一項增加50元(1R0002)，七項以上檢查為500元(1R0003)，超過一片光碟，每片加收100元			
	<input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI)				
	<input type="checkbox"/> X光(X-ray)				
	<input type="checkbox"/> 超音波(SONO)				
	<input type="checkbox"/> 心導管(CATH)				
<input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)					
總金額		元	經辦人		
委託書	立委託書人_____君，因故無法親自到院辦理申請或領取病歷資料，特委託_____君(與本人關係：_____)代為向貴院申辦。 委託人/受託人謹聲明本次委託申請/領取屬實，如有不實或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，概由委託人與受託人依法負責，與貴院無涉。 受託人同意留存身分證文件影本為憑。 委託人姓名：_____(簽章) 受託人姓名：_____(簽章) ※病人本人親自申辦者，不需填寫委託書。授權日期：_____年_____月_____日				
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，另同意留存身分證文件影本為憑。 此致 中國醫藥大學附設醫院台中東區分院 領取日期：_____年_____月_____日 領取人：_____(簽章)					