

**醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院**  
**病歷複製申請單 (中央病歷櫃檯專用)**

*病人姓名		*申請日期	年 月 日	*身分證號										
被委託人姓名		*聯絡電話	病人本人： 被委託人：	身分證號										
*通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) <input type="checkbox"/> 同郵寄地址時，請打 <input checked="" type="checkbox"/>													
申請人： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.被委託人-關係： <input type="checkbox"/> 3.法定代理人 <input type="checkbox"/> 4.法定繼承人 <input type="checkbox"/> 5.其他：														
申請用途： <input type="checkbox"/> 1.轉診 <input type="checkbox"/> 2.出國 <input type="checkbox"/> 3.保險核保/理賠 <input type="checkbox"/> 4.兵役 <input type="checkbox"/> 5.看護 <input type="checkbox"/> 6.訴訟 <input type="checkbox"/> 7.其他：														

申請複製項目	項目部位內容	檢查/診治日期	份數	所需工作日
1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告： <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 糞便 <input type="checkbox"/> 細菌				(未 完 成 簽 署 及 部 分 舊 資 料 除 外)
2. <input type="checkbox"/> 病理報告				
3. <input type="checkbox"/> 放射影像檢查				
X光檢查： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
核磁共振： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
電腦斷層： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
超音波： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
乳房攝影： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
骨質密度： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
4. <input type="checkbox"/> 核醫檢查： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟				
5. <input type="checkbox"/> 內視鏡報告	<input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 <input type="checkbox"/> 支氣管鏡			
6. <input type="checkbox"/> 肺功能	7. <input type="checkbox"/> 心電圖/心臟超音波	8. <input type="checkbox"/> 神經肌電圖		
9. <input type="checkbox"/> 手術紀錄				
10. <input type="checkbox"/> 門診紀錄				
11. <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 [※出院當日申請當次出院摘要需時五個日曆日] [工作日不含申請當日及取件當日]				五日
12. <input type="checkbox"/> 全本病歷紙本影印 [※工作日不含申請當日及取件當日]				
13. <input type="checkbox"/> 其他報告：				
14. 以上申請資料，若不包含「健康檢查報告」，請勾選： <input type="checkbox"/> *健康檢查日期(選填)：_____				
*(特別說明：申請連續型檢查報告，則一律包含，無法個項排除)				
*申請人簽名：		*領取人姓名：(正楷)		領取日期：
				年 月 日
申請人領取方式： <input type="checkbox"/> 現場領取： <input type="checkbox"/> 本人領取 <input type="checkbox"/> 委託他人領取-被委託人姓名：_____				
<input type="checkbox"/> 郵寄/郵寄地址：				

作業工作欄	
醫師員編：	
1. 950031 病歷複製基本費： <input type="checkbox"/> 是 200 元 <input type="checkbox"/> 否 (僅申請光碟片) <input type="checkbox"/> 否 (當日醫師門診、住院)	6. 病情摘要書：共_____份(950026/1份/650元)
2. 病歷影印總頁數：共_____頁(950017/1頁/5元)	7. 國內郵寄：(同時申請二項，擇費用高者計) <input type="checkbox"/> 996006 病歷紙本郵寄服務費 NT\$40 元 <input type="checkbox"/> 996036 放射影像光碟郵費 NT\$100 元
3. 放診影像複製費：共_____筆 <input type="checkbox"/> (990012/1筆/200元) <input type="checkbox"/> (990013/2筆/400元) <input type="checkbox"/> (990014/3筆以上/500元) <input type="checkbox"/> (990015/第二片/100元)	8. 國外郵寄： <input type="checkbox"/> 996007 航空快遞郵費 NT\$1,200 元
4. 核醫影像複製費：共_____筆 <input type="checkbox"/> (614996/1筆/200元) <input type="checkbox"/> (614997/2筆/400元) <input type="checkbox"/> (614998/3筆以上/500元) <input type="checkbox"/> (614999/第二片/100元)	<b>1~8 項費用總計：共計 NT\$ _____ 元</b>
5. 彩色報告：共_____份(613119/1份/50元)	*其他交班：
收件人員：_____ 收費批價章及序號：_____	影印人員：_____
案件流水：_____	發件人員：_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
*完成病人資料取件後，申請單留存五年備查	