

# 陽光精神科醫院 病歷資料影本申請書

◎為保障病人權益與隱私，申請資料請備妥相關證件，供查證與影印留存：

1. 本人申請：身分證正本。
2. 由代理人申請：(1)病人身分證正本;(2)代理人身分證正本;(3)病人之委託同意書。
3. 未成人之資料需由法定代理人申請：(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. 未成人資料由法定代理人之代理人申請:(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);(3)法定代理人之委託同意書;(4)代理人身分證正本。

◎取件時間：

1. 病歷單張、報告影本：以一個工作天內交付為原則，最遲不超過三個工作天。
2. 整本(住院病歷)影本：以三個工作天內交付為原則，最遲不超過十四個工作天。
3. 中文病歷摘要：以十四個工作天內交付為原則。

◎申請人(委託代理人)請填寫粗框格欄位內資料。

申請日期	年 月 日	申請身分	<input type="checkbox"/> 本人申請(未成年病患之法定代理人) <input type="checkbox"/> 委託代理人申請(代為申請檢附委託同意書)						
病人姓名	出生日期	年 月 日	身份證號 (居留證號)	聯絡電話	( ) 手機:				
聯絡地址	縣市	鄉鎮區	村里	街路	段	巷	弄	號	樓
申請用途	<input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 出國 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險核保 <input type="checkbox"/> 5. 保險理賠 <input type="checkbox"/> 6. 兵役 <input type="checkbox"/> 7. 移民 <input type="checkbox"/> 8. 訴訟 <input type="checkbox"/> 9. 補助 <input type="checkbox"/> 10. 其他								
申請內容	期	間	頁	數	份	數	費	用	費
<input type="checkbox"/> 1. 門診病歷	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 2. 護理紀錄單	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 3. 給藥紀錄單	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 4. 醫囑單	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 5. 檢驗報告單	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 6. 病歷摘要	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 7. 整本(住院)病歷	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
<input type="checkbox"/> 8. 其他：	年 月 日	-	年 月 日	共	頁				
主治醫師： <input type="checkbox"/> 同意申請 <input type="checkbox"/> 不同意申請			/簽章：		受理人： <input type="checkbox"/> 核對證件無誤 <input type="checkbox"/> 證件不完整 /簽章：				
費用總計：		掛號處：(確認已繳費)			發件人： /日期：				

◎領收人簽名：\_\_\_\_\_ /日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

◎病人證件資料影本請黏貼在背面↙

# 陽光精神科醫院 病歷資料影本申請書

◎病患證件資料黏貼處：

請黏貼病患身份證影本正面

請黏貼病患身份證影本背面

備註：

病歷室留存簽章：\_\_\_\_\_ / 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日