

基隆市立醫院病歷影印(X光片複製)申請書

113年08月01日修訂

病歷號：

申請日期：

就診民眾(委託人)資料				
就診民眾姓名		身分證號/ 居留證號		聯絡電話
聯絡地址	市 縣	市區 鄉鎮	路 街	段 巷 弄 號 樓 室
申請用途	<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 輔助 <input type="checkbox"/> 其他：			
項目	申請內容	費用	份數	申請期間
病歷報告 相關資料	<input type="checkbox"/> 門診紀錄	<input type="checkbox"/> 經由診間看 診申請(複製 每張收費5元)		年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 檢驗(檢查、病理)報告			年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 超音波(內視鏡)報告			年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> X光(乳攝)報告 (已拷貝X光片者免收行政手續費)	<input type="checkbox"/> 病歷複製行 政手續費100 元(複製每張 收費5元)		年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 住院病程、護理紀錄			年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 其他			年 月 日~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病歷摘要	600元/份		年 月 日~ 年 月 日
影像	<input type="checkbox"/> 光碟(X光、乳攝、超音波)	200元/份		年 月 日~ 年 月 日

代理申請或受委託人資料				
代理申請或受託人姓名		身分證號/ 居留證號		聯絡電話
聯絡地址	市 縣	市區 鄉鎮	路 街	段 巷 弄 號 樓 室
與委託人關係	應附證明文件	1. 委託人授權書。2. 委託人身分證正反面影本或戶口名簿影本。 3. 代理人身分證明文件正反面影本。4. 其他：		
1. 因應個資法，保護個人相關資料，本院與委託人完成電話確認後，才受理代理人代為申請病歷影本。 2. 申請病歷影本三個工作天後提供，如病歷影本需特約醫師確認，則七個工作天後才可提供。				

核對人員簽章		批價人員 收費章		領取人 簽名		總張數 總金額	
--------	--	-------------	--	-----------	--	------------	--

委託人授權書

本人茲因(如申請書所勾選之申請用途)需要，同意由代理申請或受委託人(以下簡稱代理人) _____ 先生/小姐，向基隆市立醫院申請提供病歷資料(如申請書所勾選之申請內容、份數及期間)。如代理人有踰越授權申請資料範圍或將申請資料作為他用時，由代理人依法負責。資料影本逕付代理人，申請費用由代理人支付基隆市立醫院。

委託人：

授權日期： 年 月 日

(非直系親屬代為申請，委託人需簽名及蓋章)