

**佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院**  
**診斷書或病歷資料複製申請單暨委託同意書**

一、申請時請備妥相關證件：**為確保病人隱私，申請診斷書或病歷資料複製請備妥相關證件，以供查驗影印留存**

- 1.本人申請：(1)身分證正本。
- 2.受託人申請：(1)病人身分證正本；(2)病人之委託同意書；(3)受託人身分證正本。
- 3.法定代理人申請：  
未成年人請攜：(1)病人身分證正本(未成年者得提供戶口名簿正本)；(2)法定代理人身分證正本；(3)與病人之關係證明。  
受監護宣告者：(1)病人身分證正本；(2)監護人身分證正本或護照正本；(3)與病人之關係證明文件(法院裁定書等正本)。
- 4.往生者申請：(1)具繼承者身分證正本；(2)與病人之關係證明文件正本；(3)病人除戶證明正本。  
**如第3、4項由受託人申請須備齊前述資料及委託同意書、受託人身分證正本。**

二、作業程序及說明：

- 首次開立診斷書請掛原主治醫師門診時間。
- 週一至週五(08:30~11:30, 13:30~16:30)申請診斷書或病歷資料複製(含影像醫學光碟)者，請至大愛 1F 文件櫃台抽號辦理。
- 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。
- 病歷資料於通知取件後，保留一個月，超過期限請重新申請。

申請日期： 年 月 日

病人姓名		身分證字號		出生日期	年 月 日 存 <input type="checkbox"/> 或 歿 <input type="checkbox"/>
聯絡地址				聯絡電話	
申請目的	<input type="checkbox"/> 1.轉診/轉院 <input type="checkbox"/> 2.出國 <input type="checkbox"/> 3.參考 <input type="checkbox"/> 4.保險 <input type="checkbox"/> 5.兵役 <input type="checkbox"/> 6.移民 <input type="checkbox"/> 7.訴訟 <input type="checkbox"/> 8.補助 <input type="checkbox"/> 9.其他_____				

申請內容	就醫期間起迄日	份數	收費		
<small>申請內容以一個工作天內交付最遲不超過三個工作天，但若病歷頁數過多需較長之行政處理時程，將另行通知申請人取件時間。</small>					
<b>檢查報告</b> <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 影像報告( <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層) <input type="checkbox"/> 心電圖報告( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 24小時 <input type="checkbox"/> 運動) <input type="checkbox"/> 病理切片報告 <input type="checkbox"/> 超音波報告( <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> _____)			依據台中市政府衛生局101年3月12日公告「臺中市西醫醫療機構收費核定基準」 <b>病歷複製本基本費「10張以內 200元」，第「11張」起每張加收「5」元。</b>		
	<input type="checkbox"/> 內視鏡檢查報告( <input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 <input type="checkbox"/> _____)				
	<input type="checkbox"/> 其它報告：_____				
	<b>病歷</b> <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要(科別：_____) <input type="checkbox"/> 急診就醫紀錄 <input type="checkbox"/> 門診就醫紀錄(科別：_____) <input type="checkbox"/> 手術紀錄 <input type="checkbox"/> 護理紀錄( <input type="checkbox"/> ：住院； <input type="checkbox"/> ：急診) <input type="checkbox"/> 其他病歷：_____				
		<input type="checkbox"/> 中文病歷摘要(十四個工作天內取件)		500元/份	
		<input type="checkbox"/> 全本病歷(請確認是否需要整份病歷非必要請勿選，以避免紙張浪費)處理時間：原則三個工作天內取件，最遲不超過十四個工作天			

診斷書	收費	處理時間	影像醫學光碟	日期	收費	處理時間
<input type="checkbox"/> 診斷證明書	150元/張	首次開立:由原主治醫師開立。	<input type="checkbox"/> 影像光碟片		200元/片	當天可取得 (需等待10~20分鐘)
		已開立過:請至批價櫃台申請。	<input type="checkbox"/> 心導管光碟片		500元/片	
<input type="checkbox"/> 其它診斷書：_____						

<b>醫師</b>	<b>承辦人</b>	<b>領取人簽名</b>
病歷資料若經醫師協助確認複印內容需由醫師簽章		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，另同意留存身分證證明文件影本為憑。 此致 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 領取人：_____ (簽章) 日期：_____年_____月_____日

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院  
診斷書或病歷資料複製申請單暨委託同意書

◎本人申請免填委託同意書

委 託 書

本人\_\_\_\_\_，因無法親自到佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院申請及領取病歷資料影本，特委託\_\_\_\_\_代為向 貴院申請複製上述資料並保證本次委託申請屬實，此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任，如有不實、偽造或任何違法情事，本人同意負所有法律責任並賠償 貴院衍生之損失。

此致

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

委託人：\_\_\_\_\_ (簽章)身分證字號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

聯絡地址：

受委託人：\_\_\_\_\_ (簽章)身分證字號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

與病人關係：父母 配偶 子女 其他\_\_\_\_\_

聯絡地址：

◎身分證明文件影本黏貼處(僅供身分核對用)

委託人身分證影本(正面)	委託人身分證影本(反面)
受託人身分證影本(正面)	受託人身分證影本(反面)