

### 病歷資料影印申請表

\*粗框為必填欄位

病患姓名	病歷號碼	出生年月日	身份證字號	性別
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話	來源別	申請用途		
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 臨櫃	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 其他_____		

申請內容	期 間	份(張)數	單 價
一、_____科出院病歷摘要	第一份(00022)		100(元/份)
	第二份以上(00022A)		20(元/份)
二、各類診斷證明書(複印)			
<input type="checkbox"/> 甲種診斷書(00700A) <input type="checkbox"/> 出生證明書(00070B)			20(元/份)
<input type="checkbox"/> 乙種診斷書(00070E) <input type="checkbox"/> 死亡證明書(00050C)			20(元/份)
三、檢驗報告(00020)			
<input type="checkbox"/> 驗血報告 <input type="checkbox"/> 驗尿報告			5(元/張)
四、檢查報告(00020)			
<input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告			5(元/張)
<input type="checkbox"/> X光報告			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 核子醫學影像			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 超音波(腹部、乳房、腎臟、_____)			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 肺功能			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 胃鏡報告			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 神經肌電圖			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 其他_____			5(元/張)
五、各項病歷資料(00020)			
<input type="checkbox"/> 病程記錄 <input type="checkbox"/> 手術記錄 <input type="checkbox"/> 用藥記錄 <input type="checkbox"/> 護理記錄 <input type="checkbox"/> 門診記錄			5(元/張)
六、中文病歷摘要	第一份(00023)		400(元/份)
	第二份以上(00022A)		20(元/份)
七、整本病歷影本(00021)			5(元/張)
八、其他_____			元
九、病歷調閱費(臨櫃、電子郵件及傳真)			比照現行掛號費
費用合計			元

\*粗框由本院同仁協助填寫

醫師簽章	申請人簽章	承辦人簽章	取件人簽章

備註：1.如非本人申請必需有病人之授權委託聲明書及雙方身份證正本。  
 2.傳真號碼：新店院區 (02)2219-1361，安康院區 (02)2212-6266。E-mail: cthmr@cth.org.tw  
 3.若有任何疑問，請洽 新店：(02)2219-3391 承辦楊小姐 65102(週一至週五 08:00-17:00)。  
 安康：(02)2212-3066 承辦游小姐 51569(週一至週五 08:00-17:00)。  
 4.此申請單歸病歷存檔。

申請流程：①傳真或口寄申請表至本院↓承辦單位電話與申請人確認↓影印病歷↓通知病患臨櫃領取↓審核申請人資格↓繳費取件。  
 ②臨櫃(門診)填寫申請表↓審核申請人資格↓批價繳費↓轉承辦單位辦理↓影印病歷↓通知病患臨櫃取件或郵寄。