

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 年 月 日	身份證字號	性別 <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、各類診斷書(複印)			
<input type="checkbox"/> 乙種診斷書(00070E) <input type="checkbox"/> 甲種診斷書(00700A)			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 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 核子醫學影像 <input type="checkbox"/> 乳房攝影			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 超音波(腹部、乳房、腎臟、心臟、_____)			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 肺功能 <input type="checkbox"/> 聽力報告 <input type="checkbox"/> 心理測驗報告			5(元/張)
<input type="checkbox"/> 胃鏡報告 <input type="checkbox"/> 大腸鏡報告			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"/> 門診記錄 <input type="checkbox"/> 急診記錄 <input type="checkbox"/> 手術記錄 <input type="checkbox"/> 病程記錄 <input type="checkbox"/> 護理記錄 <input type="checkbox"/> 用藥記錄			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分證明文件正本雙證件(身分證、護照、居留證、駕照、健保卡，具有清晰可供辨識照片及身分證字號之證件。

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 分機 65281(週一至週五 08:00-17:00)。

安康：(02)2212-3066 分機 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 E-mail 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 ↓ 通知病患臨櫃領取 ↓ 審核申請人資格 ↓ 繳費取件。