

# 新竹市立馬偕兒童醫院 病歷資料影本申請單

年 月 日

- 一、申請方式：現場櫃檯申請 E-mail 申請
- 二、申請流程：  
 (一)填寫申請單，備妥身分證明文件正本(委託他人需有雙方簽章之委託同意書)。  
 (二)領件並繳費。
- 三、應備證件(申請及領件時均需出示核對)：  
 (一)病人本人：本人身分證正本(非本國籍人士請提供護照正本或居留證正本)。  
 (二)委託代理人：(1)病人身分證正本、(2)委託同意書、(3)被委託代理人身分證正本。  
 (三)法定代理人(未成年、受監護宣告或輔助宣告者)：(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【戶口名簿、有記事戶籍謄本(六個月內有效)、法院裁定書等正本】。※如委託他人時，須備齊前述資料、委託同意書及被委託代理人身分證正本。  
 (四)具繼承權者(申請往生者資料)：(1)具繼承權者身分證正本、(2)與病人關係證明文件【身分證、戶口名簿、有記事戶籍謄本(六個月內有效)等正本】、(3)病人除戶證明正本(①除戶謄本正本或②死亡證明書及有記事戶口名簿正本)。※如委託他人時，須備齊前述資料、委託同意書及被委託代理人身分證正本。

病人姓名：	身分證統一編號：	病歷號碼：	電話：	
法定代理人/具繼承權者：	身分證統一編號：	與病人關係：	電話：	
被委託代理人姓名：	身分證統一編號：	與委託人關係：	電話：	
用途：1 <input type="checkbox"/> 轉診 2 <input type="checkbox"/> 保險 3 <input type="checkbox"/> 訴訟 4 <input type="checkbox"/> 兵役 5 <input type="checkbox"/> 出國 6 <input type="checkbox"/> 司法相驗 7 <input type="checkbox"/> 申請補助 8 <input type="checkbox"/> 醫療諮詢 9 <input type="checkbox"/> 其他：				
申請內容		期間	份數	證件查驗
<b>一、檢查、檢驗報告(書面報告)</b> 1. <input type="checkbox"/> 驗血、驗尿報告      2. <input type="checkbox"/> 病理組織切片報告(細胞) 3. <input type="checkbox"/> X光報告、 <input type="checkbox"/> 核醫造影      4. <input type="checkbox"/> 核磁共振報告(MRI) 5. <input type="checkbox"/> 電腦斷層報告(CT)      6. <input type="checkbox"/> 心電圖(EKG)、霍特心電圖(24H) 7. <input type="checkbox"/> 心導管。      8. <input type="checkbox"/> 鏡檢報告(胃鏡、支氣管鏡、大腸鏡、其他) 9. <input type="checkbox"/> 超音波報告(部位： <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 婦超 <input type="checkbox"/> 腎超 <input type="checkbox"/> 其他： ) 10. <input type="checkbox"/> 眼科檢查( <input type="checkbox"/> FAG <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> VEP <input type="checkbox"/> 其他： ) 11. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告：				<input type="checkbox"/> 本人 身分證(非本國籍人士護照或居留證) <input type="checkbox"/> 法定代理人 戶口名簿、法定代理人身分證 <input type="checkbox"/> 具繼承權者 具繼承權者身分證、與病人關係證明文件、病人除戶證明
<b>二、醫療光碟複製</b> 1. <input type="checkbox"/> 超音波(腹部、婦超、腎超) 2. <input type="checkbox"/> 胃鏡、支氣管鏡、大腸鏡				
<b>三、<input type="checkbox"/>出院病歷摘要 /科別：      主治醫師：</b> <input type="checkbox"/> 住院病歷摘要 /科別：      主治醫師：				
<b>四、<input type="checkbox"/>門診病歷資料 /科別：      主治醫師：</b> <input type="checkbox"/> 急診病歷資料 /科別：				----- <input type="checkbox"/> 委託代理人 上述證件、委託同意書、被委託人身分證
<b>五、其他病歷紀錄影本</b> 1. <input type="checkbox"/> 手術紀錄(不含心導管) 2. <input type="checkbox"/> 護理記錄 3. <input type="checkbox"/> 其他：				
<b>六、中文病歷摘要 650元(新台幣,NTD)/科</b> (需請醫師重新彙整) /科別：      主治醫師：				

※E-mail 申請及光碟限現場領件(無法郵寄)，現場申請紙本資料可選郵寄服務。 同意郵寄 不同意

**【領件人簽名】** \_\_\_\_\_ 本人 被委託代理人(\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

受理時間

完成時間

領件時間

新竹市立馬偕兒童醫院 病歷資料影本 ( 申請領件 ) 委託同意書

本人\_\_\_\_\_ ( 病人 法定代理人 具繼承權者 ) 因故無法親自至 貴院申取/領取病人\_\_\_\_\_ ( 國民身份證統一編號：\_\_\_\_\_、病歷號：\_\_\_\_\_ ) 之病歷資料，因此授權\_\_\_\_\_ ( 被委託代理人 ) 先生/女士前往 貴院申請/領取病歷資料。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切相關法律責任，懇請 貴院惠予協助。

此致 新竹市立馬偕兒童醫院

立委託書人：\_\_\_\_\_ ( 簽章 ) 國民身份證統一編號：\_\_\_\_\_

被委託人：\_\_\_\_\_ ( 簽章 ) 國民身份證統一編號：\_\_\_\_\_

與立委託書人的關係：\_\_\_\_\_

本被委託書人確實經委託人授權代辦申請/領取資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償 貴院衍生之損失。

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 ( 自授權日起三個月內有效 )

※為保障病人權益與隱私，申請及領件時均需出示證件核對：

- (一)病人本人：本人身分證正本(非本國籍人士請提供護照正本或居留證正本)。
- (二)法定代理人(未成年、受監護宣告或輔助宣告者)：病人身分證正本(未成年者得提供戶口名簿正本)、法定代理人身分證正本、與病人之關係證明【戶口名簿、有記事戶籍謄本(六個月內有效)、法院裁定書等正本】。
- (三)具繼承權者(申請往生者資料)：具繼承權者身分證正本、與病人關係證明文件正本【身分證、戶口名簿、有記事戶籍謄本(六個月內有效)等正本】、病人除戶證明正本(①除戶謄本正本或②死亡證明書及有記事戶口名簿正本)。
- (四)如委託他人時，須依前述(一)~(三)身分備齊身分證明文件正本、委託同意書(須有雙方之簽章)、被委託代理人身分證正本。