

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
病歷複製申請單 (中央病歷櫃檯專用)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 病人姓名 | | 申請日期 | 年 月 日 | 身分證號 | | | | | | | |
| 被委託人姓名 | | 聯絡電話 | 病人本人： 被委託人： | 身分證號 | | | | | | | |
| 通訊地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) <input type="checkbox"/> 同郵寄地址時，請打☑ | | | | | | | | | | |
| 申請人： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.被委託人-關係： <input type="checkbox"/> 3.法定代理人 <input type="checkbox"/> 4.法定繼承人 <input type="checkbox"/> 5.其他： | | | | | | | | | | | |
| 申請用途： <input type="checkbox"/> 1.轉診 <input type="checkbox"/> 2.出國 <input type="checkbox"/> 3.保險核保/理賠 <input type="checkbox"/> 4.兵役 <input type="checkbox"/> 5.看護 <input type="checkbox"/> 6.訴訟 <input type="checkbox"/> 7.其他： | | | | | | | | | | | |

| 申請複製項目 | 項目部位內容 | 檢查/診治日期 | 份數 | 所需工作日 |
|---|--|-----------------------------------|----|------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告： <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 糞便 <input type="checkbox"/> 細菌 | | | | (未完成簽署及部分舊資料除外) 六十分鐘—九十分鐘 |
| 2. <input type="checkbox"/> 病理報告 | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> 放射影像檢查 | | | | |
| X光檢查： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 核磁共振： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 電腦斷層： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 超音波： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 乳房攝影： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 骨質密度： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 4. <input type="checkbox"/> 核醫檢查： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 光碟 | | | | |
| 5. <input type="checkbox"/> 內視鏡報告 | <input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 <input type="checkbox"/> 支氣管鏡 | | | |
| 6. <input type="checkbox"/> 肺功能 | 7. <input type="checkbox"/> 心電圖/心臟超音波 | 8. <input type="checkbox"/> 神經肌電圖 | | |
| 9. <input type="checkbox"/> 手術紀錄 | | | | |
| 10. <input type="checkbox"/> 門診紀錄 | | | | |
| 11. <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 [※出院當日申請當次出院摘要需時五個日曆日] [工作日不含申請當日及取件當日] | | | | 五日 |
| 12. <input type="checkbox"/> 全本病歷紙本影印 [※工作日不含申請當日及取件當日] | | | | |
| 13. <input type="checkbox"/> 其他報告： | | | | |

| | | |
|--------|------------|-------|
| 申請人簽名： | 領取人姓名：(正楷) | 領取日期： |
| | | 年 月 日 |

申請人領取方式：現場領取：本人領取 委託他人領取-被委託人姓名：_____

郵寄/郵寄地址：

| 作業工作欄 | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 醫師員編： | | | | | | | | | |
| 1. 950031 病歷複製基本費： <input type="checkbox"/> 是 200 元 <input type="checkbox"/> 否 (僅申請光碟片) <input type="checkbox"/> 否 (當日醫師門診、住院) 2. 病歷影印總頁數：共_____頁(950017/1 頁/5 元) 3. 放診影像複製費：共_____筆 <input type="checkbox"/> (990012/1 筆/200 元) <input type="checkbox"/> (990013/2 筆/400 元) <input type="checkbox"/> (990014/3 筆以上/500 元) <input type="checkbox"/> (990015/ 第二片/100 元) 4. 核醫影像複製費：共_____筆 <input type="checkbox"/> (614996/1 筆/200 元) <input type="checkbox"/> (614997/2 筆/400 元) <input type="checkbox"/> (614998/3 筆以上/500 元) <input type="checkbox"/> (614999/ 第二片/100 元) 5. 彩色報告：共_____份(613119/1 份/50 元) | 6. 病情摘要書：共_____份(950026/1 份/650 元) 7. 國內郵寄：(同時申請二項，擇費用高者計) <input type="checkbox"/> 996006 病歷紙本郵寄服務費 NT\$40 元 <input type="checkbox"/> 996036 放射影像光碟郵費 NT\$100 元 8. 國外郵寄： <input type="checkbox"/> 996007 航空快遞郵費 NT\$1,200 元 1~8 項費用總計：共計 NT\$ _____ 元 ※其他交班： | | | | | | | | |
| 收件人員： | 收費批價章及序號： | | | | | | | | |
| 案件流水： | 影印人員： | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | 發件人員： |
| | | | | | | | | | |
| *完成病人資料取件後，申請單留存五年備查 | | | | | | | | | |