

**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"/> <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"/> 內視鏡彩色報告	<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： <input type="checkbox"/> 現場領取： <input type="checkbox"/> 本人領取 <input type="checkbox"/> 委託他人領取-被委託人姓名： <input type="checkbox"/> 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. 內視鏡彩色報告：共_____份(613119/1 份/50 元)	6. 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 7. 國外郵寄： <input type="checkbox"/> 996007 航空快遞郵費 NT\$1,200 元 <b>1~7 項費用總計：共計 NT\$                      元</b> ※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: 30px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></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											