

## 病歷資料申請

受理申請時間	星期一～星期五：08:00-21:00 星期六：08:00~12:00
作業時間	1. 檢驗報告申請，需 1~3 個工作天(不含假日、國定假日)。 2. 病歷摘要、整本病歷，需 3~7 個工作天(不含假日、國定假日)。 部分病歷影印，現場取件
通知方式	電話通知
取件時間與地點	時間：星期一至星期五 9:00~21:00 星期六 9:00~12:00 地點：一樓櫃檯
注意事項	1. 請務必備妥相關證件至櫃檯取件，否則為保護病人隱私，恕無法取件。 2. 未於規定內完成領件，該案件於保存一個月後銷毀。

## 病歷資料申請需檢附之證件

資料及申請人	俱備文件
本人申請	身分證件(身分證或駕駛執照)正本
代理人申請	1. 病人身分證件正本。 2. 代理人身分證件正本。 3. 病人之委託同意書。
未成人之資料 (由法定代理人申請)	A. 法定代理人身分證件正本。 B. 法定代理人與未成年病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)。
未成人之資料 (由代理人申請)	A. 法定代理人身分證件正本。 B. 法定代理人與未成年病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)。 C. 法定代理人之委託同意書。 D. 代理人身分證件正本。

# 金安心醫院病歷資料申請單暨委託書

已完成  已連絡

申請日期：

病歷號：

姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號 (居留證字號)				
聯絡電話			資料用途	<input type="checkbox"/> 轉診(院) <input type="checkbox"/> 理賠 <input type="checkbox"/> 新生兒投保保險 <input type="checkbox"/> 重大申請 <input type="checkbox"/> 行政相驗 <input type="checkbox"/> 其他_____				
受託申請人姓名		連絡電話		身分證字號 (居留證字號)				
郵寄地址	(郵資 60) 自取免填							
申請項目	就診期間	份數	申請項目	就診期間	份數	申請項目	就診期間	份數
<input type="checkbox"/> 檢驗報告			<input type="checkbox"/> 病理報告			<input type="checkbox"/> 超音波報告		
<input type="checkbox"/> 門診紀錄			<input type="checkbox"/> 診斷書			<input type="checkbox"/> 超音波影像		
<input type="checkbox"/> 病歷摘要			<input type="checkbox"/> 手術記錄			<input type="checkbox"/> 產程紀錄		
<input type="checkbox"/> 護理紀錄			<input type="checkbox"/> 出生證明					
應附證明文件	<p style="text-align: center;"><b>* 為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件 *</b></p> <p>1. 病人本人申請：身份證件正本。</p> <p>2. 委託代理人申請：A. 病患身份證件正本 B. 受委託人身份證件正本 C. 病患載明委託意旨及範圍之委託書。</p> <p>3. 未成年人需由法定代理人申請：A. 法定代理人身份證件正本 B. 法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿、病人身分證件正本)。</p> <p>4. 申請複製報告約 3 至 5 個工作天、病歷摘要需 7 個工作天(不含例假日)。</p>							

## 委 託 書

本人因不克親臨 貴院申請病歷複製，特委託\_\_\_\_\_君，前往辦理病歷複製事宜並同意檢附本人及受託人身份證正、反面影本供留存，如受託人有逾越授權申請之範圍，或將申請之資料作為他用時，由受託人依法負責。

此 致 金安心醫院

受託人姓名：\_\_\_\_\_ (簽章) 委託人姓名：\_\_\_\_\_ (簽章) 日期： 年 月 日

### 病人 身分證影本

正面

A Copy of Patient's ID  
Front

### 病人 身分證影本

反面

A Copy of Patient's ID  
Back

**醫師簽章**

**經辦人**

受委託人身份證影本

正面

A Copy of Patient Representative's ID  
Front

受委託人身份證影本

反面

A Copy of Patient Representative's ID  
Back

**收件人**

**備註**