

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
<input type="checkbox"/> 檢驗報告			<input type="checkbox"/> 病理報告		
<input type="checkbox"/> 門診紀錄			<input type="checkbox"/> 診斷書		
<input type="checkbox"/> 病歷摘要			<input type="checkbox"/> 手術記錄		
<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;">* 為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件 *</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