

# 病歷申請單

患者姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

申請日期：  
櫃檯經手人：

申請項目	申請內容	申請項目	申請內容
<input type="checkbox"/> 科別		<input type="checkbox"/> 護理記錄	
<input type="checkbox"/> 門診記錄		<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要	
<input type="checkbox"/> 病理報告		<input type="checkbox"/> 住院病歷	期間
<input type="checkbox"/> 檢驗報告		<input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 超音波記錄	超音波影像： <input type="checkbox"/> 紙本 / <input type="checkbox"/> 光碟 <input type="checkbox"/> 超音波紙本報告		

◎本人請攜帶本人雙證件正本，非本人請填妥、備齊備註以下資料：

立委託書人\_\_\_\_\_君，因故不克親自前往貴院申請病歷資料特委託\_\_\_\_\_先生 / 女士  
全權代理本人辦理申請事宜 此致

門診章：

委託人：\_\_\_\_\_ 簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號\_\_\_\_\_ 與受託人關係：\_\_\_\_\_

受託人：\_\_\_\_\_ 簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號\_\_\_\_\_

委託人電話：\_\_\_\_\_ 委託人地址：\_\_\_\_\_

**領取人**  本人  受託人：姓名\_\_\_\_\_ 電話\_\_\_\_\_

已領取：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 備註：

- 病歷資料申請範圍，依法以各種檢查報告、病歷複製本或病歷摘要依醫療法第七十一條醫療機構依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。
- 為確保病患隱私及醫師法第二十三條，醫療法第七十二及七十四條之保密規定，本院對親屬之代為申請以法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意，並能提出合法證件（身分證、戶口名簿等）以確認其關係者 a：病人雙證件（身分證、健保卡；未成年者請加備齊戶口名簿及法定代理人雙證件）正本 b：代理人雙證件（身分證、健保卡）正本，始予受理。
- 本院對任何代申請案件，如認為與（申請理由不符）或（用意不明）時，則應申請患者親自辦理，或透過司法程序，始予發給。
- 病歷資料申請所需時間，依衛生署之時間規範：檢驗報告原則上當天發給，最遲不超過三天；全本病歷三個工作天內發給，最長不超過十四天。