

臺安醫院病歷複製本複印申請書

※取件時間：(依衛生局規定事項辦理取件時間)

1. 病歷、報告影本：以一個工作天內交付為原則，最遲不超過三個工作天。
2. 全本病歷複製本：以三個工作天內交付為原則，最遲不超過十四個工作天。
3. 中文病歷摘要：以十四個工作天內交付病人為原則。

病人姓名		性別		出生年月日		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
代理申請人姓名		性別		出生年月日		身分證字號		關係	
聯絡地址								電話	
申請用途： ☐ 轉診 ☐ 出國 ☐ 保險申請/理賠 ☐ 兵役 ☐ 看護 ☐ 其他：								內部作業欄位	
申請內容				請勾選或註明	期間(或日期)	以(面)計	當診醫師：		
(一)複印電子病歷資料							核對證件無誤 受理人： 受理時間：		
1.乳房攝影報告(99.10.15 以後)									
2.檢驗報告(100.9.21 以後)									
3.超音波報告(100.9.21 以後)									
4.門診紀錄 (100.9.21 以後)									
5.出院病歷摘要(100.9.21 以後)									
6.其他，請說明：							預計發件日期/時間：		
(二)複印紙本病歷資料									
1.抹片報告									
2.檢驗報告									
3.病理組織或切片									
4.超音波報告									
5.心電圖							影印人：		
6.門診紀錄							發件人： 日期/時間：		
7.住院病歷摘要									
8.手術紀錄									
9.出院病歷摘要									
10.其他，請說明：							領件人： 日期/時間：		
(三)複印電子病歷(宣告實施單張)									
(四)複印全本紙本病歷									

複製病歷當事人委託書

本人茲因_____ (事由)之需要，同意由_____ 身分證字號_____，向臺安醫院(進化總院)複印病歷資料，並於之後親筆簽名始生效。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

授權人(病人或其法定代理人)姓名：_____ (病人親簽名)授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日