

診斷書、病歷資料申請單暨委託同意書

一式一聯：申請人填寫↓醫師填寫↓櫃檯審核影印↓繳費↓病歷存檔

病人姓名	病歷號碼	連絡電話	
※受委託人申辦，請備妥雙方身分證件正本及填妥背面委託同意書始得辦理			
申請用途 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 請假 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 其他_____			
申 請 內 容	就醫期間(或日期)	份數	收費說明
一、複印病歷資料： <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 <input type="checkbox"/> 急診就醫記錄 <input type="checkbox"/> 住院病歷記錄			依據花蓮縣衛生局公告『西醫醫療機構收費標準』病歷複製本基本費「10頁以內200元」，第「11頁」起，每頁加收5元
二、檢驗報告： <input type="checkbox"/> 抽血檢驗 <input type="checkbox"/> 尿液報告 <input type="checkbox"/> 其他_____			
三、檢查報告： <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 內視鏡(胃鏡、大腸鏡) <input type="checkbox"/> 超音波：腹部、乳房、心臟、腎臟 <input type="checkbox"/> 其他_____			
四、放射報告： 放射 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 其他_____ 核醫 <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> 骨骼掃描 <input type="checkbox"/> 其他_____			
五、 <input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 中文出院病摘			
※依衛生署93年9月30日衛署字第09302175011號函規範，醫療機構提供病歷複製本之時間以3至14個工作天交付為原則。中文病歷摘要：以14個工作天內交付病人為原則。			
六、X光片複製(每項目)： <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> 光碟片 項目：電腦斷層、磁振造影、血管攝影、一般X光、心臟血管攝影、核子醫學、其他_____			200元/每項
七、影像醫學光碟(腹腔鏡影像)			350元
八、診斷證明書			
九、其他請說明：			
※病歷複製申請注意事項： 一、依醫療法第71條規定提供病歷複製本，其所需費用由病人負擔。 二、為確保病人隱私，申請病歷資料請備妥以下相關證件： 1. 以病人或其法定代理人申請為原則。申請時應檢具身分證正本，未成年者以戶口名簿與法定代理人身分證正本。 2. 委託代理人申請時，應檢具病人或其法定代理人之委託同意書及雙方身分證正本。 3. 已往生之病人資料申請，由具其繼承權之親屬提供身分證正本及與患者關係之證明文件、病人除戶證明正本申請；本項如委託代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本以供查驗、影印留存。 三、受理時間：週一至週五(8:30~12:30、13:30~17:30)；週六(8:00~12:00)；例假日不受理。 四、申請流程： 1. 門、急診就醫日：就診時一併提出申請→醫師開立→複製→繳費 2. 住院中：請向護理站提出申請→醫師開立→診斷書櫃檯→複製→繳費 3. 非就醫日(未就診或出院後)：請至診斷書櫃檯申請→醫師開立→複製→繳費			

當事人親自申辦免填委託同意書

委託同意書

本人_____ (本人或其法定代理人)，因無法親自至門諾醫院申請病歷資料影本，特委託_____君，代為向貴院申請前述病歷資料，此受託行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

委託人(病人或其法定代理人)：_____ (簽名) 電話：_____

受委託人(代理人)：_____ (簽名) 授權日期：_____年_____月_____日

※本受委託申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失，並同意留存身分證正反面影本為憑。

※代理申辦請備妥雙方雙證件正本並填妥同意書正本

受委託人姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號		與病人關係			
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區	村里	鄰	路街	段	巷弄	號	樓
聯絡電話	日間()		夜間()		手機號碼：				

證件黏貼處

本人或法定代理人身分證 正面影本 (住院中可免貼)	本人或法定代理人身分證 反面影本 (住院中可免貼)
受委託人身分證 正面影本	受委託人身分證 反面影本