

臺大醫院病歷摘要及複製本申請書

※請您勾選所屬申請人類別，並備妥相關證件：

1.本人申請：身分證正本或護照正本。

2.代理人申請：(1)病人身分證正本或護照正本 (2)病人之委託同意書(精神部及兒童心理病人之委託同意書須請病人或法定代理人簽名並蓋章) (3)代理人身分證正本或護照正本。

3.法定代理人申請：

(1)未成人：①病人身分證正本或護照正本(未成年者得提供戶口名簿正本或戶籍謄本正本) ②法定代理人身分證正本或護照正本 ③與病人之關係證明(含詳細記事欄之戶口名簿正本或戶籍謄本正本、法院裁定書等正本) ④本項如由代理人申請，須備齊前述資料、委託同意書、代理人身分證正本或護照正本。

(2)受監護宣告者(病人或家屬告知)：①病人身分證正本或護照正本 ②監護人或共同執行醫療相關職務範圍之全體共同監護人身分證正本或護照正本 ③與病人之關係證明(法院裁定書正本及裁定確定證明書正本；或記載有監護人姓名的戶口名簿正本或戶籍謄本正本) ④本項如由代理人申請，須備齊前述資料、委託同意書、代理人身分證正本或護照正本。

4.具繼承權者申請(往生者資料)：(1)具繼承權者身分證正本或護照正本 (2)與病人之關係證明文件正本 (3)病人除戶證明正本(保留完整記事欄之除戶謄本正本或死亡證明書正本) ④本項如由代理人申請，須備齊前述資料、委託同意書、代理人身分證正本或護照正本。

※依我國民法規定，年滿十八歲方為成年。

※外籍人士請出示護照正本或居留證正本。

※委託代理人申請時，應檢具相關證明文件正本供查驗、影印留存。

※本國人姓名均以中文登錄，影印之報告如需加註英文姓名須另出示護照正本或相關官方證明佐證。

※受理時間：週一至週五 8:00—17:00，中午無休（週六、日與國定假日皆無服務）。

※領件時間：週一至週五 8:00—17:30，中午無休（週六、日與國定假日皆無服務）。

1.如需調閱病歷，需等候約 60~90 分鐘（實際時間，視申請量及等候人數而定）。

2.原則上可當日領件；但若病歷頁數過多需有較長作業時間，將另與申請人協商擇日領件。

※週六不提供現場服務，請利用 E-mail 申請：rnr@ntuh.gov.tw、傳真申請：(02)2314-1723 或網路申請：<http://www.ntuh.gov.tw>。

臺大醫院病歷摘要及複製本申請委託同意書

本人（病人本人或未成年病人之法定代理人）因無法親自至臺大醫院申請病歷資料影本，同意_____（先生/女士）代為申請病人於臺大醫院_____（期間）之_____（病歷內容）。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

立同意書人：_____（簽章）；身分證字號：_____

代理申請人：_____（簽章）；身分證字號：_____；與病人之關係：_____

※本代理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。

請翻至背面繼續填寫，謝謝!!

臺大醫院病歷摘要及複製本申請書

病 人 姓 名		性 別		年 齡		身 分 證 字 號		病 歷 碼	
聯 絡 地 址								電 話	

代理申請人 姓 名		性 別		年 齡		身 分 證 字 號		與病人 關 係	
聯 絡 地 址	【代理人申辦，請備妥雙方所需證件正本及填妥背面委託同意書始得辦理】							電 話	

申請 用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 其他 _____
-------	--

申請 內容	期 間 (或日期)	份 數	單 價	工作 人員 填 寫	
一、檢查報告單：(書面報告)					
1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告(血液、尿液、糞便等)			小於10張每張20元，第11張起，每張5元	受理人 (已核對證件無誤)	
2. <input type="checkbox"/> 病理報告					
3. <input type="checkbox"/> 影像報告(文字報告) (<input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層)	【影像光碟請至影醫部申請】				受理時間
4. <input type="checkbox"/> 心電圖報告 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 24小時 <input type="checkbox"/> 運動)				影印人	
5. <input type="checkbox"/> 超音波檢查報告 (<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> _____)					
6. <input type="checkbox"/> 內視鏡檢查報告 (<input type="checkbox"/> 胃鏡 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 <input type="checkbox"/> 支氣管鏡 <input type="checkbox"/> _____)					完成時間
7. <input type="checkbox"/> 聽力檢查報告					
8. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告					
9. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告 _____					
二、 <input type="checkbox"/> _____科出院病歷摘要			小於10張，基本費200元，第11張起每張5元	發件時間	
三、 <input type="checkbox"/> 門診醫師紀錄					
四、 <input type="checkbox"/> 急診紀錄					
五、 <input type="checkbox"/> 手術紀錄					
六、 <input type="checkbox"/> 全本病歷	【僅限現場申請】				
七、 <input type="checkbox"/> _____科門(急)診病歷資料重整 <input type="checkbox"/> 中文出院病歷摘要需請醫師重新彙整	【僅限現場申請】				650元/科 5日(工作天)內

領收人簽名：_____ 本人 代理人；領收日期 _____年____月____日