

西園醫療社團法人西園醫院

病歷摘要及複製本申請書

※為保障病人權益與隱私，申請資料請備妥相關證件，證件不齊全或為影印本者恕不受理。

1. 以病人本人申請為原則。申請時應檢具身分證正本，未成年者為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份證明文件正本供查驗、影印留存。
3. 往生者資料申請，具其繼承權之親屬須提供 1. 身分證正本 2. 與往生者關係之證明文件 3. 往生者除戶證明；本項如由代理人申請，需備齊前述三項資料及具繼承權親屬之委託同意書、代理人身分證正本以供查驗、影印留存。
4. 受理時間：週一至週五（8:00—21:00，中午無休）；週六（8:00—11:30）。例假日恕不受理。
5. 申請出院病歷摘要者，請出院 7 日後再申請。
6. 原則上均為「當日取件」現場須等候 90 分鐘。
7. 若病歷頁數過多，需有較長之行政處理時間，將另與申請人協商擇日取件。
8. 依據醫療法第 70 條規定：【醫療機構之病歷至少保存七年】，對於已逾七年保存期限之病歷本院依法銷毀，故無法提供病歷複製本。

申請日期：_____年_____月_____日

病人姓名	身分證字號	連絡電話	病歷號碼
地址		科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院
代理申請人姓名	身分證字號	連絡電話	與病人關係
複印理由	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 病患存查 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 保險理賠		
複印項目			期間(或日期)
<input type="checkbox"/> 診療紀錄(科別：_____)			份數
<input type="checkbox"/> 入出院病歷摘要			
<input type="checkbox"/> 血液尿液檢驗報告			
<input type="checkbox"/> 病理組織切片報告			
<input type="checkbox"/> X光報告(文字)			
<input type="checkbox"/> 心電圖			
<input type="checkbox"/> 鏡檢報告(大腸鏡、胃鏡、_____)			
<input type="checkbox"/> 超音波告報(腹部、心臟、腎臟、乳房、_____)			
<input type="checkbox"/> 其他病歷紀錄，請說明_____			
<input type="checkbox"/> X光影像光碟			
<input type="checkbox"/> 電腦斷層影像光碟			
<input type="checkbox"/> 核磁共振影像光碟			
<input type="checkbox"/> 鏡檢影像光碟(大腸鏡、胃鏡、_____)			
<input type="checkbox"/> 超音波影像光碟(腹部、心臟、腎臟、乳房、_____)			
主治醫師簽章	承辦人員	領收人簽名	
收費標準	紙本複印：每張 5 元 (收費代碼 93033) 影像光碟複印：每一部位或每一種檢查 200 元 (收費代碼 42122) 上限為 500 元		