# 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件正本。**
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**、**代理人身分證件正本**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<br>姓名 | | 身分證<br>字號 | | 連絡<br>電話 | | 病歷<br>號碼 | |
| 地　　址 | | | | | 科　　別 | | □門診<br>□急診<br>□住院 |
| 代理申請<br>人姓名 | | 身分證<br>字號 | | 連絡<br>電話 | | 與病人<br>關係 | |
| 複印<br>理由 | □轉診　□訴訟<br>□病患存查　□其他 _____<br>□保險理賠 | | | | | | |

| 複印項目 | 期間(或日期) | 份數 |
|---|---|---|
| □診療紀錄(科別：_____) | | |
| □入出院病歷摘要 | | |
| □血液尿液檢驗報告 | | |
| □病理組織切片報告 | | |
| □X 光報告(文字) | | |
| □心電圖 | | |
| □鏡檢報告(大腸鏡、胃鏡、_____) | | |
| □超音波告報(腹部、心臟、腎臟、乳房、_____) | | |
| □其他病歷紀錄，請說明_____ | | |
| □X 光影像光碟 | | |
| □電腦斷層影像光碟 | | |
| □核磁共振影像光碟 | | |
| □鏡檢影像光碟(大腸鏡、胃鏡、_____) | | |
| □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)<br>影像光碟複印：每一部位或每一種檢查 200 元（收費代碼 42122)<br>上限為 500 元 | | | | |