

病歷資料影印申請書

申請日期 年 月 日

簡訊 **電話**

病歷號：

(門急住診； 臨櫃,網路,傳真)

病人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身分證字號/ 居留證字號					
聯絡電話	市話：() 手機：	使用目的		<input type="checkbox"/> 1.轉診 <input type="checkbox"/> 2.出國 <input type="checkbox"/> 3.參考 <input type="checkbox"/> 4.保險 <input type="checkbox"/> 5.兵役 <input type="checkbox"/> 6.移民 <input type="checkbox"/> 7.訴訟 <input type="checkbox"/> 8.補助 <input type="checkbox"/> 9.其他_____					
代理人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期 年 月 日	身分證字號/ 居留證字號					
聯絡電話	市話：() 手機：	與本人關係							

證件影本黏貼處(非病人申請時需黏貼病人及代理人證件影本)

- ◎醫療法第七十一條：醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用由病人負擔。
- ◎醫療法第七十條：醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。
- ◎個資法第十條：公務機關或非公務機關應依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本。但有下列情形之一者，不在此限：
 - 一、妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益。
 - 二、妨害公務機關執行法定職務。
 - 三、妨害該蒐集機關或第三人之重大利益。
- ◎為保障病人權益與隱私，申請資料請備妥相關證件正本供查驗、影印留存：

申請人身份	應備之相關證件及資料
本人	身分證正本或有效期限內有照片可辨識之證件(註 1) 住院中病人本人申請，不留存證件影本
代理人	1. 病人身分證正本或有效期限內有照片可辨識之證件(註 1) 2. 代理人身分證正本或有效期限內有照片可辨識之證件(註 1) 3. 病人之委託同意書
未成年人(未滿 18 歲) 由法定代理人申請	1. 法定代理人身分證正本 2. 法定代理人與病人之關係證明文件(註 2)
未成年人(未滿 18 歲) 由代理人申請	1. 法定代理人身分證正本 2. 法定代理人與病人之關係證明文件(註 3) 3. 法定代理人之委託同意書 4. 代理人身分證正本或有效期限內有照片可辨識之證件(註 1)
往生者	1. 具其繼承權之親屬均可申請其病歷資料，其申請人並無優先順序之分 2. 繼承權之親屬與病人之關係證明文件、病人除戶證明 3. 本項如由代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本或有效期限內有照片可辨識之證件(註 1)

註 1: 健保卡、駕照、居留證、護照 註 2: 戶口名簿或病人身分證正本 註 3: 戶口名簿

- ◎紙本病歷除護理紀錄需 2 個工作天，其餘視情況當日出件。
- ◎醫學影像半年內可當日取件，半年之前及拷貝張數超過 10 張時，取件時間將與申請者另議。
- ◎全身型骨質密度及體脂彩色影像輸出如要當天取件請於星期一~五 8:30-16:30 申請
- ◎光碟片僅限燒錄數位影像，各醫院因系統不同，少數可能會有無法順利讀取影像情況。
- ◎無法確認影印拷貝項目，請掛原診治醫師或該科其他醫師門診，請求協助挑選。
- ◎出生證明需更改基本資料請至當地戶政事務所辦理。
- ◎郵資由病人自行負擔-依 93.9.30 衛署醫字第 0930217501 號函。
- ◎依臺北市立醫療院所醫療收費基準：病歷影印-每頁 4 元(雙面影印計兩頁);病歷影印 10 頁(含)以內，僅收取病歷複製基本費(含掛號費)180 元。

112 05 17 病歷管理委員會審查通過

紙本病歷影印申請

申請內容	期間	份(張)數	單價
一、紀錄、檢查			00018T
<input type="checkbox"/> 病歷複製基本費(臨櫃、網路、傳真申請) 未看診影印病歷 10 頁內收取 180 元 (F00006TA)			180(元/次/10 頁)
住院護理紀錄需二個工作天			頁/4 元
<input type="checkbox"/> 驗血 <input type="checkbox"/> 驗尿 <input type="checkbox"/> 細菌報告			
<input type="checkbox"/> 病理組織 <input type="checkbox"/> 細胞病理			
<input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁共振 MRI <input type="checkbox"/> 電腦斷層 CT <input type="checkbox"/> 乳房攝影			
<input type="checkbox"/> 核子醫學 <input type="checkbox"/> 正子攝影			
<input type="checkbox"/> 超音波(腹部、乳房、腎臟、心臟、婦產、甲狀腺、泌尿、頸部)			
<input type="checkbox"/> 內視鏡報告(胃鏡、炭 13、肝纖維)			
<input type="checkbox"/> 神經傳導 <input type="checkbox"/> 復健科肌電圖			
<input type="checkbox"/> 心電圖(24 小時、運動、手腕式) <input type="checkbox"/> 肺功能(支氣管)			
<input type="checkbox"/> 門診紀錄_____科			
<input type="checkbox"/> 全份病歷影本(3~14 個工作天內取件)			
<input type="checkbox"/> 其他_____			
二、出院病歷摘要影本_____科 ※第二份起 每面/4 元 (00022TB)			50(元/份)
三、各類診斷證明書			
<input type="checkbox"/> 診斷書(00012TC)			15(元/份)
<input type="checkbox"/> 出生證明書(00013TC)			15(元/份)
<input type="checkbox"/> 死亡證明書(00014TC)			15(元/份)
四、中文病歷摘要 (00022T) (14 個工作天內取件)			400(元/份)
五、英文病歷摘要 (00022TA) (14 個工作天內取件)			600(元/份)
六、非放射影像 拷貝光碟(FX33178T1)			200(元/片)
影像內容: _____ 批價請入庫別: X000 執行醫師:88128			

醫學影像拷貝申請(影像內容不含報告)				批 價 項 目		內 部 流 程	
97.6.30 之前乳房攝影及 92.11.16 之前各類檢查只有傳統膠片							
影像檢查日期	項 目 (一般X光、電腦斷層、 磁共振造影...等)	部 位	份 數	代 碼	內 容	受 理 人 <small>臨櫃申請核對證件無誤且非住院中</small>	內 部 流 程
				FX33178T1X	一筆特殊檢查或一般 X 光拷貝(光碟)/每張 \$200	受理時間	
				FX33178T2X	二筆特殊檢查拷貝(光碟)/每張 \$400	預計發件時間	
				FX33178T3X	三筆以上特殊檢查拷貝/每張 \$500	發件人	
				FX33178TAX	光碟片追加費/每張 \$100	批價簽章 庫別: 5400 執行醫師:101431	
我已確定拷貝上述醫學影像資料，已製作完成的影像恕無法更換或退費，並同意逾 2 週未取件，拷貝片不需保留。 病人或代理人簽名: _____ 民國_____年_____月_____日				共領光碟片_____張 合計: _____元 民國_____年_____月_____日			

領收人簽名: _____

112 05 17 病歷管理委員會審查通過