

影印病歷申請表

 申請日期： 年 月 日 繳驗證件：本人身份證 代理申請人身份證件及委託書

病人姓名		性 別		年 齡		身份證 字號		病歷 號碼	
聯絡地址								電 話	
代理申請 人姓名		性 別		年 齡		身份證 字號		與病人 關係	
聯絡地址								電 話	
取件方式	<input type="checkbox"/> 自取 <input type="checkbox"/> 郵件(自付100元郵寄費)，地址：_____								
申請目的地	<input type="checkbox"/> 1. 經醫師轉診→預轉院至_____ <input type="checkbox"/> 2. 自行轉院→預轉院至_____ <input type="checkbox"/> 3. 出國 <input type="checkbox"/> 4. 保險理賠 <input type="checkbox"/> 5. 訴訟 <input type="checkbox"/> 6. 其他：_____								
申請項目	收費	起訖日期	數量	金額					
婦產科/小兒科超音波報告	200 元/張								
檢驗檢查報告	5 元/張								
產檢紀錄	100 元/份								
產程紀錄	100 元/份								
出院病歷摘要(英文)	150 元/份								
出院病歷摘要(中文)	500 元/份								
整本病歷影印	200 元工本費+5 元/張								
胎兒監視器	100 元/張								

身份證正面粘貼處	身份證反面粘貼處

主治醫師簽章：_____

批價人員簽章：_____

註：1. 申請複印病歷一律先行繳費，始可拿取複印資料。
2. 依申請表勾選的項目複印病歷資料，申請勾選項目錯誤者，一律重新申請繳費，恕不退費或替換。
3. 領取複印病歷資料，請攜帶身份證正本；代理申請人請攜帶雙方身份證正本，始可領取。
申請人簽章：