

**信安醫療社團法人--信安醫院**  
**病歷複印申請書**

申請日期 年 月 日

申請人填寫	病人姓名		病歷號碼		身分證字號										
	代理人姓名		與病人之關係		身分證字號										
	聯絡地址	縣 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓 室 市 村區里 街													
	聯絡電話	(公司) 分機：			證明文件		<input type="checkbox"/> 身分證或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 其他_____								
	申請用途	<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診用 <input type="checkbox"/> 學校輔導教育用 <input type="checkbox"/> 司法用途 <input type="checkbox"/> 申請重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 職業輔導用 <input type="checkbox"/> 申請看護居家照護用 <input type="checkbox"/> 兵役證明用 <input type="checkbox"/> 其他_____													

**申 請 內 容**

診治醫師填寫	<input type="checkbox"/> 門診	日期： 年 月 日 ~ 年 月 日 項目： <input type="checkbox"/> 診療單 <input type="checkbox"/> 診斷書 檢驗檢查： <input type="checkbox"/> 一般檢驗（血液、生化等） <input type="checkbox"/> 一般檢查： <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 心電圖 勞務報告： <input type="checkbox"/> 心理科 <input type="checkbox"/> 社工科 <input type="checkbox"/> 職能科 <input type="checkbox"/> X光片													
	<input type="checkbox"/> 住院	日期： 年 月 日 ~ 年 月 日 項目： <input type="checkbox"/> 診斷書 <input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 住院病摘 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 <input type="checkbox"/> 整本複印 <input type="checkbox"/> 部份複印，範圍_____													
	診治醫師		備註												

批價人員	
備註：	
1、為確保病患之隱私及醫師法第二十三條、醫療法第七十一條之保密規定，本院對親屬之代為申請，以直系親屬、配偶為原則；如非病人本人或其法定代理人申請，應檢具病人或其法定代理人載明委託意旨及範圍之委託同意書，使得辦理。 2、醫療法第七十一條規定，醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。 3、精神科病歷之申請人僅以當事人或其法定代理人為主。	

**複印病歷取件確認單**

1. 本確認單使用於當日取件者。
2. 取件者請於當場確認資料無誤再簽名。

領取人簽名：\_\_\_\_\_