

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹生醫園區分院 病歷摘要及複製本申請書

一、請您勾選所屬申請人類別，必須備妥相關證件(以下皆須正本)：

1.本人申請：

- (1)本國人：身分證正本。
- (2)非本國人：護照正本。

2.代理人申請：

- (1)病人身分證正本或護照正本(非本國人)；
 - (2)代理人身分證正本；
 - (3)病人之委託同意書正本。
- ※精神部病人之委託同意書須請病人簽名後並蓋章。
※在監服勞役者需攜帶病人法院在監證明正本。

3.法定代理人申請(未成年人、受監護宣告者資料)：

- (1)病人身分證正本或未成年者得提供戶口名簿正本(※民法12條規定，年滿二十歲方為成年)；
 - (2)法定代理人身分證正本；
 - (3)與病人之關係證明(戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定書等正本)。
- ※法定代理人委託代理人申請，須備齊上述(1)(2)(3)文件、代理人身分證正本及法定代理人委託同意書。

4.具繼承權者申請(往生者資料)：

- (1)具繼承權者身分證正本(※民法第1138條遺產繼承人，除配偶外，依左列順序定之：直系血親卑親屬、父母、兄弟姊妹、祖父母)；
 - (2)與病人之關係證明文件(戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定書等正本)；
 - (3)病人除戶證明(除戶謄本或死亡證明書)。
- ※具繼承權者委託代理人申請，須備齊上述(1)(2)(3)文件、代理人身分證正本及具繼承權者委託同意書。

5.社服機構申請：

- (1)社服機構代理人身分證正本；
- (2)社服機構代理人職員證正本；
- (3)病人安置相關公文函。

※以上申請均須檢具相關證明文件正本影印留存供查驗。

臺大醫院病歷摘要及複製本申請委託同意書

本人因無法親自至台大醫院新竹生醫園區分院申請病歷資料影本，同意_____ (先生/小姐) 代為申請病人於台大醫院新竹生醫園區分院自民國_____年_____月_____日至_____年_____月_____日(期間)之_____ (病歷內容)。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

立委託同意書人：_____ (簽章)；身分證字號：

代理申請人：_____ (簽章)；身分證字號：

與病人之關係：

※本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失(精神部病人之委託同意書須請病人簽名後並蓋章)。

翻至背面繼續填寫，謝謝!!

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹生醫園區分院 病歷摘要及複製本申請書

*為必填欄位

*病人姓名		性別		年齡		*身分證字號		病歷號碼	
*聯絡地址								*連絡電話	
*代理人姓名		性別		年齡		*身分證字號		*與病人關係	
*聯絡地址	代理申辦請備妥雙方證件正本及填妥背面委託同意書始得辦理							*連絡電話	
*申請用途	<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. 補助 <input type="checkbox"/> 8-1 非本院相關訴訟 <input type="checkbox"/> 8-2 與本院相關訴訟 <input type="checkbox"/> 9. 其他								醫院人員填寫欄位
依照新竹市西醫機構收費標準辦理收費									受理人/時間
*申請內容							*期間(或日期)	*份數	
一、檢查報告單：(書面報告)									
1. <input type="checkbox"/> 驗血驗尿報告									
2. <input type="checkbox"/> 病理組織切片報告									
3. <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 電腦斷層(文字報告) *光碟片請至影像醫學部申請									
4. <input type="checkbox"/> 超音波報告(文字報告) (腹部、乳房、心臟、腎臟、_____)									
5. <input type="checkbox"/> 鏡檢報告(文字報告) (胃鏡、大腸鏡、支氣管鏡、_____)									
6. <input type="checkbox"/> 聽力檢查報告									
7. <input type="checkbox"/> 心電圖報告									
8. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告									
9. <input type="checkbox"/> 其他檢查、檢驗報告									
二、 <input type="checkbox"/> _____ 科英文出院病歷摘要									
三、 <input type="checkbox"/> 門診醫師紀錄 <input type="checkbox"/> 急診紀錄 <input type="checkbox"/> 手術紀錄 <input type="checkbox"/> 護理紀錄 醫師/科別：									
四、 <input type="checkbox"/> 全本病歷(包含同意書、各類病歷表單等) 【限於現場申辦】									
五、 <input type="checkbox"/> 中文版出院病歷摘要(需請醫生重新彙整) 【限於現場申辦】									

*領件人簽名：_____ 本人 代理人；領件日期：____年____月____日