

## National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Biomedical Park Branch

## Authorization and Request for Release of Medical Information

## 國立台灣大學醫學院附設醫院新竹生醫園區分院

## 病歷摘要及複製本英文版申請書

\* is required

* Name 姓 名		Gender 性別		Age 年齡		* Birth date 出生年月日	mm/dd/yyyy	Medical Record No. 病歷號碼	
* Address 地 址								* Contact Phone 連絡電話	
* Agent's Name 代理申請人 姓 名		Gender 性別		Age 年齡		* Birth date 出生年月日	mm/dd/yyyy	* Relationship to Patient 與病人關係	
* Address 地 址								* Contact Phone 連絡電話	
* Purpose of request 申請用途	<input type="checkbox"/> 1.Continuity of care or discharge planning 轉診 <input type="checkbox"/> 2.Moving out of country 出國 <input type="checkbox"/> 3.Self reference 參考 <input type="checkbox"/> 4.Insurance 保險 <input type="checkbox"/> 5.Military 兵役 <input type="checkbox"/> 6. Immigrant 移民 <input type="checkbox"/> 7. Apply for a grant 補助 <input type="checkbox"/> 8. purposes 訴訟 <input type="checkbox"/> 9.Others 其他								

The charges shall be in accordance with the announcement of Hsinchu Health Bureau.			
* Information Requested 申請內容	* Period(or Dates) of Treatment 期間 (或日期)	Unit 份數	For official use only 醫院人員填寫欄位
一、Examinations Report 檢查報告單 1. <input type="checkbox"/> Laboratory Results (blood test, urine test etc.) 驗血驗尿報告			Designation of Approving Officer Name/Reception 受理人/時間
2. <input type="checkbox"/> Pathology Report 病理組織切片報告			Photocopy representative 影印人/時間
3. <input type="checkbox"/> X-ray Report X光報告 <input type="checkbox"/> MRI Report 核磁共振報告 <input type="checkbox"/> CT Report 電腦斷層報告			
4. <input type="checkbox"/> Ultrasound Reports (abdominal, breast, heart, kidney, __) 超音波報告：(腹部、乳房、心臟、腎臟)			
5. <input type="checkbox"/> Endoscopic Examination Reports (Gastroscopy, Colonoscopy, Bronchoscopy, __) 鏡檢報告：(胃鏡、大腸鏡、支氣管鏡)			
6. <input type="checkbox"/> Audiometry Report 聽力檢查			
7. <input type="checkbox"/> ECG Report 心電圖報告			Estimated time of document released Officer Name 預計發件人/時間
8. <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation Report 心理衡鑑報告			Released by/Time 發件人/時間
9. <input type="checkbox"/> Other Reports 其他報告 Type(s) :			
二、Discharge Summary of Department(s) 科出院病歷摘要			
三、Other medical records 其他病歷記錄： <input type="checkbox"/> Clinic Visit Notes 門診醫師紀錄 <input type="checkbox"/> Emergency Room Records 急診紀錄 <input type="checkbox"/> Operation Record 手術紀錄 Department(s) of :			Total Number of pages/amount of money 總張數/金額
四、All pages of medical records 全本病歷【Limited to on-site processing】			

Signature of Recipient 領收人簽名：\_\_\_\_\_； Date of release : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

The undersigned hereby authorizes National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Biomedical Park Branch to release my medical information described above. 本人簽署同意台大醫院新竹生醫園區分院釋出以上指定之本人病歷

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient's Legal Representative 病友或其法律代理人簽名\_\_\_\_\_  
Signature of Patient's Representative 受委託人簽名