

病歷資料影本申請書

※為確保病人隱私，申請病歷資料請備妥相關證件：

1. 以病人或其法定代理人申請為原則：申請時應檢具身分證正本，未成年者為戶口名簿與法定代理人身分證正本。
2. 委託代理人申請時：應檢具病人或其法定代理人之委託同意書及雙方身分證正本以供查驗、影印留存。
3. 已往生之病人資料申請：具其繼承權之親屬提供身分證正本及與患者關係之證明文件、病人除戶證明正本或死亡證明書申請；
本項如委託代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本以供查驗、影印留存。

※受理時間：週一至週五（8:00—17:00）；週六（8:00—12:00）

※若有疑問請洽電話（02）7728-1786

亞東紀念醫院病歷資料影本申請書						年	月	日
病人姓名		身分證號		病歷號				
代理申請人		身分證號		與病人關係				
申請內容		期間	份（張）數	申請內容	期間	份（張）數		
00-038 出院病歷摘要				00-037 核子醫學檢查				
00-037 驗血報告、驗尿報告				00-037 心電圖、心導管報告				
00-037 病理報告				00-037 肺功能、肌電圖				
00-037 影像醫學報告（X光、CT、MRI、乳房攝影）				00-037 手術紀錄單				
00-037 ENT（PTA、ABR）				00-037 二號紙（門、住診記錄）				
00-037 超音波報告				00-037 急診病歷記錄				
00-037 內視檢查				診斷書				
其他				數位影像光碟				

領收人簽名：_____

申請病歷影本或數位影像光碟當事人委託書

本人_____ 茲因無法親自至亞東紀念醫院申請病歷影本，特委託_____君，向亞東

紀念醫院申請本人之 病歷資料影本 數位影像光碟。(請提供 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月之資料
如申請書所勾選之資料項目及範圍)。

委託人(其法定代理人): _____ (簽章)

受委託人: _____ (簽章)

授權日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:本受委託申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負完全法律責任，並賠償
貴院衍生之損失，並同意留存身分證正影本為憑。

證件影本黏貼處(非本人申請時需攜帶病人及代理人身分證證正本，由病歷課人員影印影本及黏貼)

<p>委託人身分證 正面影本</p>	<p>受委託人身分證 正面影本</p>
------------------------	-------------------------