

# 佳欣婦幼醫院

## 診斷書/病歷資料 複製申請單

存檔編號：\_\_\_\_\_

一、請依法(註一)申請須備證件(均為正本)及說明:

1. 本人申請, 請備妥: 國民身份證件。
2. 代理人申請, 請備妥: (1)病人證件 (2)代理人證件 (3)病人之委託同意書(請見背面)。
3. 未成年之資料須由法定代理人申請, 請備妥: (1)法定代理人證件 (2)法定代理人與病人關係證件(戶口名簿)。
4. 未成年之資料由非法定代理人申請, 請備妥: (1)法定代理人與病人關係證件(戶口名簿) (2)法定代理人證件 (3)非法定代理人證件 (4)法定代理人之委託同意書(請見背面)。
5. 申請往生者資料, 具其繼承權之親屬須提供 (1)申請人國民身份證件 (2)與病人關係之證明文件 (3)病人除戶證明, 本項如由本代理人申請, 需備齊前述資料、代理人身份證件及委託同意書(請見背面)。
6. 診斷書只提供患者出入院日期、診斷(若有手術, 會加註日期與診斷), 若有其他需要資料或特殊需求(例如:急診留觀時間...等)請您加以說明。
7. 為避免影響院方正常醫療工作, 病歷資料及影像光碟複製自申請日算起需三天工作時間(不含例假日)。惟含病理切片報告之診斷證明, 工作天數以報告日送達後算起。
8. 診斷書必須按實際內容書寫, 不得因個人請假或私人保險需要, 要求本院醫師製作不實之診斷書。

註一: 本申請單法源依據

醫療法第 72 條 醫療機構及其人員因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊, 不得無故洩漏。

民法 第 106 條 代理人非經本人之許諾, 不得為本人與自己之法律行為。

刑法 第 210 條 偽造、變造私文書, 足以生損害於公眾或他人者, 處五年以下有期徒刑。

二、病人姓名: \_\_\_\_\_ 病歷號碼: \_\_\_\_\_ 申請日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

三、申請用途及內容: 商業保險 請假 訴訟 他院就醫 社會補助 其他 \_\_\_\_\_

| 申請內容                            | 類別                               | 費用                         | 所需病歷內容  | 數量 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---|----|
| 診斷書<br>Certificate of Diagnosis | <input type="checkbox"/> 中文      | 100 元/張                    | 年 _____ 月 _____ 日之<br><input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 | 張  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 英文      | 300 元/張                    |   | 張  |
| 出院病歷摘要<br>Discharge Summary     | <input type="checkbox"/> 中文      | 1000 元/份                   |   | 份  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 英文      |                            |   | 份  |
| 報告<br>Report                    | <input type="checkbox"/> 中文      | 與正本相符 100 元/張<br>影印本 5 元/張 |   | 張  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 英文      |                            |   | 張  |
| 門診記錄<br>O.P.D. Med. Record      |                                  | 工本費 200 元/份<br>+影印本 5 元/張  |   | 張  |
| 其他<br>Others                    | <input type="checkbox"/> 超音波影像光碟 | 200 元/份                    |   | 張  |
|                                 | <input type="checkbox"/>         |                            |   |    |

附註:

醫師簽章: \_\_\_\_\_

|              |                    |       |      |
|--------------|--------------------|-------|------|
| 本欄為由院內工作人員填寫 | 費用合計:              | 收費章:  | 經手人: |
| 領取日期         | _____年_____月_____日 | 領取人簽章 |      |

《申請人資料, 以及委託同意書請於背面填寫》

四、本人或法定代理人申請同意書：

|          |  |           |  |           |  |
|----------|--|-----------|--|-----------|--|
| 姓名       |  | 身分證<br>字號 |  | 連絡<br>電話  |  |
| 連絡<br>住址 |  |           |  | 與病人<br>關係 |  |

〈若為本人申請，請於上方姓名處親自簽名，已表示您同意申請屬實及上述各項說明，爾後如有不實作為而衍生違法情事，也願負完全法律責任。另附身分證或其他身分證明文件影本為憑。〉

五、本人或法定代理人申請委託同意書：

佳欣婦幼醫院診斷書以及病歷資料申請 委託同意書

本人因無法親自至佳欣婦幼醫院申請診斷書及病歷資料，同意由（代理人）\_\_\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_代為申請上述資料；聯絡電話：\_\_\_\_\_

本人確認上述委託屬實，爾後如有不實作為而衍生違法情事，本人願負完全法律責任，並放棄一切損失追索權【另附本人或法定代理人身分證以及代理人身分證明文件影本為憑】。

此致 佳欣婦幼醫院

立書人（病人）： \_\_\_\_\_（簽章） 身份證字號： \_\_\_\_\_

或

立書人（法定代理人）： \_\_\_\_\_（簽章） 身分證字號： \_\_\_\_\_

與代理人之關係： \_\_\_\_\_

本人或法定代理人  
身分證件影本（正面）

本人或法定代理人  
身分證件影本（背面）

代理人  
身分證件影本（正面）

代理人  
身分證件影本（背面）