

宜蘭縣各鄉鎮(市)衛生所病歷摘要及複製本申請書

※為保障病人權益與隱私，申請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份證明文件正本供查驗、影印留存。
- 3.死亡者資料申請，具其繼承權之親屬須提供身分證正本及與患者關係之證明文件、病人除戶證明；本項如由代理人申請，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。
- 4.本國人姓名均以中文登錄，影印之報告如需加註英文姓名須另出示護照或相關官方證明佐證。

※受理時間：週一至週五 (8:00-12:00-13:00-17:00)。例假日不受理。

病姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯地	絡址							電話	

代理申請人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯地	絡址	代理申辦請備妥雙方證件及填妥下方委託同意書始得辦理						電話	

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 其他									內部作業欄位
	申請內容	期間 (或日期)	份數	單價	取件時間	受理人 (已核對證件無誤) 受理時間 預計發件時間 影印人(病歷上蓋發放章) 發件人				
	一、檢查報告單： 1. <input type="checkbox"/> 驗血驗尿報告 2. <input type="checkbox"/> X光報告 3. <input type="checkbox"/> 心電圖報告 4. <input type="checkbox"/> 超音波 5. <input type="checkbox"/> 其他檢查報告，請說明： 二、病歷記錄： _____頁至_____頁			每張 5 元。	1. 如須調閱病歷，需等候約 30 分鐘 (實際時間，視申請量及等候人數而定)。 2. 原則上均可當日領件。 3. 但若病歷頁數過多，需有較長之行政理時間，將另與申請人協商擇日取件。					
				基本費 200 元，每張 5 元。	當日					

領收人簽名：_____； _____年_____月_____日

宜蘭縣各鄉鎮(市)衛生所病歷摘要及複製本申請委託同意書

本人 (病患本人或未成年病患之法定代理人) 因無法親自至衛生所申請病歷資料影本，同意 _____ (先生/女士) 代為申請病人於衛生所 _____ (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 貴所衍生之損失。