

一、為保障病人權益與隱私，申請資料請備妥相關證件：

- (一)本人申請：身分證明文件正本（身份證、駕照、具照片之健保卡、護照等證件）。
- (二)代理人申請：(1) 病人身分證正本。(2)代理人身分證正本。(供查驗，影印留存)
(3)病人親自簽署之委託同意書。※重症昏迷者免附，但申請人請填聲明書。
- (三)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。(未成年得提供戶口名簿正本)(2)法定代理人身分證正本。
(3)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）。
- (四)具繼承權者(申請往生者資料)：
(1)具繼承權者身分證正本。(2)與病人之關係證明文件（身分證、戶口名簿、戶籍謄本等正本）。
(3)病人除戶證明正本（除戶謄本或死亡證明書）。

[註](三)、(四)項如由代理人申請，須備齊前述(二)之文件資料。

二、病人本人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人體免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被委託人應向病人本人當面口頭詳細說明，讓病人本人確定知悉其可能授權之範圍和風險，病人本人亦可保有相關撤回之權利。

三、受理時間：(1)非就醫民眾：週一至週五 9:00~17:30、18:00~21:00 週六 9:00~13:00；(2)就醫病人：門急診看診時間申請；取件地點：(1)門診時間：關防櫃檯 (2)住院：護理站

病人姓名		性別		年齡		身分證字號									病歷號碼
聯絡地址	市(縣) 區 鎮 里 鄰 路 街 巷 弄 號 樓												電話		
													手機		
被委託人姓名			與病人關係			身分證字號									電話
													手機		
使用目的	<input type="checkbox"/> 1.轉診 <input type="checkbox"/> 2.參考 <input type="checkbox"/> 3.兵役 <input type="checkbox"/> 4.訴訟 <input type="checkbox"/> 5.其他 _____														

申請種類(請就需要項目劃√號)	期間(或日期)	份數	單價	內部作業欄位
1. <input type="checkbox"/> 檢驗報告(血型、尿液..)			影印部分： 10頁以下，每頁20元， 超過部分，每頁5元	受理單位： <input type="checkbox"/> 關防櫃檯 <input type="checkbox"/> 住院病房 <input type="checkbox"/> 門(急)診 收費蓋章： 共 _____ 張 金額 _____ 關防/病歷組 經手人： 領取人： 日期：__月__日
2. <input type="checkbox"/> 病理報告				
3. <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 核磁造影 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> CT				
4. <input type="checkbox"/> 門、急診病歷				
5. <input type="checkbox"/> 手術紀錄 <input type="checkbox"/> 生殖醫學治療紀錄				
6. <input type="checkbox"/> 內視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 神經科(腦波、頸動脈) <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 心導管				
7. <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 (1~3天取件)				
8. <input type="checkbox"/> 全本病歷 (1~14天取件)				
9. <input type="checkbox"/> 中文出院病歷摘要製作 (每份400元，因作業時間，3~14天取件)				
10. <input type="checkbox"/> 其它，請說明：				

107年05月17日病歷管理委員會審查通過

取件時間	1. 您於 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 夜間 時 分完成申請手續 2. 處理作業時間約需 60分鐘，請耐心等待！ 3. 您若申請病歷摘要或全本病歷，因作業時間較長無法即時提供，請選擇 <input type="checkbox"/> 自行到院取件，聯絡方式：_____ <input type="checkbox"/> 掛號郵寄，同意繳交郵資 _____元並填寫郵寄信封 備註：申請全本病歷選擇掛號郵寄者，本院將專人通知應匯款金額。
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

臺北醫學大學附設醫院病歷資料影印委託同意書

本人 _____ 身分證字號 _____ 病歷號 _____-_____ 因 _____ 之目的，申請 診斷證明書 檢驗(查)報告 出院病歷摘要 門急診資料，區間 _____年_____月_____日至 _____年_____月_____日病歷資料。特授權被委託人 _____，代理本人向貴院申請上揭資料，且申請書中雙方基本資料留存屬實，若有偽造，願負完全法律責任。

此致 臺北醫學大學附設醫院

委託人(親自簽名或蓋章)： _____ 中華民國 _____年_____月_____日
 被委託人(親自簽名或蓋章)： _____
 F-E700-035 臺北醫學大學附設醫院 1070517 修