

病人姓名	身分證字號	電話	病歷號碼
受委託人姓名	身分證字號	電話	與病人關係

## 申辦應附證件

- 一、基於病歷資料涉及個人隱私，為保障病人權益，申辦證件不齊全者，恕不受理。  
二、相關證件及文件皆須正本，並同意本院影印留存，以供查驗。

- 病人委託他人代辦請帶：(1)病人身分證及健保卡 (2)受委託人身分證及健保卡 (3)病人簽署之委託書。  
※未成年人(未滿十八歲)不得為受委託人。※非本國人證件：居留證或護照或旅行證(內含統一證號及照片)
- 未成年人(未滿十八歲)之病歷資料申請：  
法定代理人請帶：(1)法定代理人身分證及健保卡 (2)與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證)。  
※此項如由法定代理人委託他人代辦，須備齊前述(1)(2)資料、受委託人身分證及健保卡、法定代理人簽署之委託書。
- 往生者之病歷資料申請：  
具繼承權者請帶：(1)具繼承權者身分證及健保卡  
(2)與往生者之關係證明文件(戶籍謄本或往生者身分證或除戶證明或死亡證明書)  
※此項如由具繼承權者委託他人代辦，須備齊前述(1)(2)資料、受委託人身分證、具繼承權者簽署之委託書。

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 開立死亡證明參考 <input type="checkbox"/> 其他：	醫師簽章： (若經醫師協助指定複製內容)
------	---	-------------------------

申請內容	就醫期間或日期	份數	地點	處理時間	收費
一、複印病歷資料：			鹿基大樓 B1 病歷室 申請暨複印→一樓收費處繳費領取	原則上可 3~7 個工作天領件，但若病歷頁數過多，需較長之行政處理時間，將另與申請人協商擇日取件。	基本服務費 200 元(10 張內)，第 11 張起，每張 5 元。
1. <input type="checkbox"/> 手術記錄					
2. <input type="checkbox"/> 英文出院病摘					
3. <input type="checkbox"/> 英文入院病摘					
4. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 科別：_____					
5. <input type="checkbox"/> 急診病歷					
6. <input type="checkbox"/> 護理記錄					
二、複印報告(文字)					
1. <input type="checkbox"/> 病理切片報告					
2. <input type="checkbox"/> 抽血驗尿報告					
3. <input type="checkbox"/> X 光(X-RAY)					
4. <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT)					
5. <input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI)					
6. <input type="checkbox"/> 心電圖報告					
7. <input type="checkbox"/> 超音波報告					
8. <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告					
三、 <input type="checkbox"/> 整本病歷(含上述一、二項)					
四、 <input type="checkbox"/> 中文出院病摘 <input type="checkbox"/> 中文入院病摘					650 元/每份
五、 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：					
六、 <input type="checkbox"/> 影像類檢查光碟片			病歷室/ 放射科	當天	100-300 元/片
七、 <input type="checkbox"/> 一般診斷書(掛該科醫師門診)			受理流程：掛號->診間(醫師開立)->批價		

## 受理、取件說明：

- 受理時間：週一至週五 (8:30~11:30、13:30~16:30、18:00~20:30)。公休、例假日不受理。
- 取件時間以 1 個月為限，請攜帶證明文件正本至一樓批價櫃檯取件，逾時未取件視同作廢，如有需要請重新提出申請。
- 若住院中之病人欲申請病歷複製本，由本人或家屬備齊證件至鹿基大樓 B1 病歷室提出申請。
- 若有疑問請於上班日洽鹿港基督教醫院病歷室，電話：04-7779595 分機 7051。

請翻頁繼續填寫

收件承辦人： (已核對各項證件無誤)

領收人簽名：\_\_\_\_\_ (此欄領收時填寫) 領收日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (此欄領收時填寫)



本人\_\_\_\_\_因無法親自至鹿港基督教醫院辦理病歷資料複製申請，特委託\_\_\_\_\_君，代為向貴院申請上述病歷資料，受委託人之行為視同本人之行為，並由本人承擔一切責任。

此 致  
鹿港基督教醫院

委託人(本人或病人之法定代理人或具繼承權者)簽名：\_\_\_\_\_

受委託人簽名：\_\_\_\_\_ 授權日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受委託人聲明：受委託人確實經委託人授權代辦申請病歷資料，如有虛假、偽冒或其他不法行為，願自負一切法律責任，並賠償貴院衍生之損失，並同意留存身分證正反面影本為憑。

### 證件影本黏貼處

委託人身份證 正面影本	受委託人身份證 正面影本
委託人身份證 反面影本	受委託人身份證 反面影本