



網路申請-病歷複製申請書

病人姓名		病歷號		聯絡電話	
地 址					
受委託人姓名		聯絡電話		與病人關係	
申請人同意童綜合醫院得依法令規範，蒐集、處理及利用申請人檢附相關證明文件，並將其所蒐集之相關資料提供予本院審查及必要時之聯絡，不作他用。					
申請用途		填寫人簽章		日期	年 月 日

※以上資料如有虛偽不實申請人願負民、刑事責任。

※費用說明：1. 整本或部分單張：基本費200元(10張以內)，第11張起每張5元 3. 光碟：200元/份

2. 出院病歷摘要：英文 400元/份、中文 650元/份

4. 照片：100元/張

※若有疑問請與病歷課聯絡，電話：04-26581919分機4712。

申請內容	日期(西元年/月/日)	包含項目	份數	備註
<input type="checkbox"/> 住院病歷摘要	<input type="checkbox"/> 英文 出院日期：	<input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 檢查報告 <input type="checkbox"/> 護理紀錄		7個工作天
	<input type="checkbox"/> 中文 出院日期：			
<input type="checkbox"/> 住院用藥記錄	出院日期：			
<input type="checkbox"/> 手術記錄	日期：			
<input type="checkbox"/> 急診病歷	日期：	<input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 檢查報告		
<input type="checkbox"/> 門診醫囑單	科別：	<input type="checkbox"/> 不限科別 <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 檢查報告		門診病歷 用藥記錄
	日期：			
<input type="checkbox"/> 門診檢驗報告	科別：	<input type="checkbox"/> 不限科別		
	日期：			
<input type="checkbox"/> 門診檢查報告	科別：	<input type="checkbox"/> 核子醫學影像報告 <input type="checkbox"/> 電腦斷層報告(CT) <input type="checkbox"/> 磁振造影報告(MRI) <input type="checkbox"/> 超音波報告 <input type="checkbox"/> 內視鏡報告 <input type="checkbox"/> 其他：		
	日期：			
<input type="checkbox"/> 病理報告	日期：			切片報告
<input type="checkbox"/> 健保患者自費 同意書	日期：			
<input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告	日期：			
<input type="checkbox"/> 照片	日期：			
<input type="checkbox"/> 其他，請說明：		<input type="checkbox"/> 申請整本病歷		
收單日期		承辦人員		