

保險公司查詢診療資料摘要

姓名：	身分證字號：	出生日期：	病歷號：
查詢重點 (由保險公司填寫)	查詢單位： 本次查詢主要病症： 本次查詢事項：		
初診資料	病患因本疾病(事故)在成大醫院就診之初診日期： 年 月 日 病患因本疾病(事故)曾在他院治療： <input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 初診之就診別： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 病因： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 無法確定		
診斷			
就診紀錄	住院： 年 月 日 至 年 月 日；共 日 門診： 年 月 日 至 年 月 日；共 次		
治療方式	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 手術治療(請填寫日期及手術名稱) _____ <input type="checkbox"/> 其他治療： _____		
相關病理檢驗			
相關檢查結果	(請填寫日期、項目、結果)		
癒後情況			
其他事項			

醫師簽章： _____

日期： _____年____月____日