

成大醫院病歷及檢驗報告複本申請單

年(Y) 月(M) 日(D)

National Cheng Kung University Hospital Medical Record Request Form

病人姓名 Patient's Name		性別 Sex		年齡 Age		身分證字號 ID No.		病歷號碼 Medical Record No.	
聯絡地址 Address								電話 TEL	
代理申請人姓名 Authorized Representative		性別 Sex		年齡 Age		身分證字號 ID No.		與病人關係 Relationship to patient	
聯絡地址 Address								電話 TEL	
取件方式 Pick up method	<input type="checkbox"/> 自取 Pick up at hospital <input type="checkbox"/> 郵寄 Mailing 地址 Address: _____							驗證人簽章 Auditing personnel	
申請目的 Purpose of request	<input type="checkbox"/> 1.轉診 Transfer <input type="checkbox"/> 2.出國 Moving out of country <input type="checkbox"/> 3.參考 Personal Use <input type="checkbox"/> 4.保險 Insurance <input type="checkbox"/> 5.兵役 Military <input type="checkbox"/> 6.移民 Immigration <input type="checkbox"/> 7.訴訟 Litigation <input type="checkbox"/> 8.補助 Subsidy <input type="checkbox"/> 9.其他 Others _____								
本人同意於領取或收到病歷複本後繳交病歷複製費用，並不得事後拒絕已複製之病歷及拒繳費用，如未依上述規定繳納費用，則同意貴院將該筆費用納入病患之欠款金額。 I agree to pay after received the report. If refuse to pay, the hospital will add the payment to the patient's account as a debt.								同意人簽名： Applicant's signature	

繳驗證件：病患及代理申請人之正本身分證和病患委任同意書。

Identity Card Verification: You need to bring valid ID cards of the patient, authorized person and letter of authorization.

病歷複製繳費單 Medical Record Copying Fees

病歷號 Medical Record No: _____			姓名 Name: _____		
(申請人填寫) To be completed by the applicant			(工作人員填寫) For hospital use only		
勾選	項 目 Item	資料期間 Reporting Period	數量 Quantity	金額 Amount	批價簽章
<input type="checkbox"/>	基本費 (D008035) Basic fee				
<input type="checkbox"/>	郵寄費 (D010015) Mailing fee				
<input type="checkbox"/>	檢查報告：(D008029) Lab Exam Report 1. <input type="checkbox"/> 驗血報告 Blood 2. <input type="checkbox"/> 驗尿報告 Urine 3. <input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告 Pathology 4. <input type="checkbox"/> X光報告 X-ray 5. <input type="checkbox"/> 核磁共振 MRI 6. <input type="checkbox"/> 電腦斷層 CT 7. <input type="checkbox"/> 超音波 Ultrasound 8. <input type="checkbox"/> 骨掃描 Bone Scan 9. <input type="checkbox"/> 肺功能 Pulmonary function 10. <input type="checkbox"/> 心電圖 EKG 11. <input type="checkbox"/> 神經肌電圖 Nerve electromyography 12. <input type="checkbox"/> 胃鏡報告 Stomach Endoscopy 13. <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
<input type="checkbox"/>	病歷紀錄：(D008029) Medical Record 1. <input type="checkbox"/> 出院摘要 Discharge Summary 2. <input type="checkbox"/> 門診紀錄 Outpatient Record: 科別 Department _____ 3. <input type="checkbox"/> 急診紀錄 Emergency Record 4. <input type="checkbox"/> 住院紀錄 Admission Record 5. <input type="checkbox"/> 病程紀錄 Treatment Record 6. <input type="checkbox"/> 醫囑 Doctor's Advice 7. <input type="checkbox"/> 護理紀錄 Nursing Record <input type="checkbox"/> 入院護理評估表 <input type="checkbox"/> 加護病房護理紀錄 <input type="checkbox"/> 一般病房護理紀錄 <input type="checkbox"/> 住院護理表單				
<input type="checkbox"/>	整本病歷紀錄 An entire medical records: <input type="checkbox"/> 含護理紀錄 Includes Nursing Record <input type="checkbox"/> 不含護理紀錄 Not includes				
<input type="checkbox"/>	病歷摘要(每份)(D008037) Medical Record Summary in Chinese				
<input type="checkbox"/>	病歷光碟(D008047) Medical record CD				

註：1.請申請人勾選申請項目，並填寫資料期間。

Please check appropriate boxes and indicate the reporting period you are requesting.

2.轉診及申請商業保險，建議申請住院摘要。

Suggest you to apply medical discharge record summary when you are planning to transfer to other place and/or apply for insurance claim.

申請人簽名：_____
Applicant's Signature

申請日期：_____
Application date