敏感等級 版本: V2 M000-4-01-006

病人資料更正申請單

Patient Personal Information Update

病歷號:		申請	青日期(Ⅰ	Date)	:	年(Y)		_月(M)	目(D)		
原基本資料 病 ※請務必填寫		病人姓名 Name			身分證字號 I.D.No/Passport No.			<新生兒身份證	_	.名,請填	[寫新生兒本人
更正項目及內容	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	證字號 I.D.No, E phone : () 那件 E-mail : 地址: S 地址: 意 地址:	e: 民國(前)		E Cell Pho 鄉鎮區 役 子郵件	月	弄 訊 括 Relat	村(里 號 是醒您?) 樓之 □同意	_ <u>鄰</u> 意 □不↓	
個人資料之處理或利用同意書 □同意 □不同意 授權個人資料於醫療、照護服務或特定目的(如次頁附表),供國立成功 大學醫學院附設醫院與醫療體系相關醫院、學研合作單位蒐集、處理或利用病歷紀錄相關資料。 ※若台端不願提供本院基於上述目的之用途,將不影響台端就醫之權利。											
□本人 Name: □法定代理人:姓名 關係 關係											
收件人/更改者 簽章/日期							病歷室確 簽章/日ച				

注意事項:

- 1.資料更正請檢附下列身份證明文件影本。
- (1)修改姓名或身分證號,須檢附身分證、護照或居留證影本。
- (2)修改其他個人資料可檢附健保卡或駕照等證件影本。
- 2.新生兒姓名更正請附戶口名簿影本。
- 3.為保障個人權益及隱私,申請以病人本人或其法定代理人為原則。
- 4.病人或其法定代理人未能親自辦理時,代辦需備妥相關資料:
 - (1)病人身分證 (2)受託人身分證 (3)病人或法定代理人出具之委託同意書。
- 5.本院履行個人資料保護法有關告知義務內容,詳見背面,敬請詳閱。

委託同意書

本人(或法定代理人)	因故無法親自辦理,委託
(先生/女士)代為更	正病人資料。檢附本人身分證、受
託人身分證,且此委託行為視同本人行為	,本人願負法律責任。

立同意書人(病人或法定代理人)簽章:

受託人

姓 名:

身分證號:

聯絡電話:

關 係:

中華民國年月日

成大醫院履行個人資料保護法告知義務內容

國立成功大學醫學院附設醫院基於醫療、學術研究、教育或訓練行政之目的,蒐集、處理及利用您的個人資料包含:姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、家庭、職業、病歷、醫療及聯絡方式等。

在個人資料蒐集之特定目的存續期間及本院營運期間,依相關法令約定資料之保存所訂保存 年限內,於中華民國以自動化機器或其他非自動化方式,供本院與合作單位蒐集、處理及利用您 的個人資料,惟台端不願提供本院基於上述目的之用途,將不影響台端就醫之權利。

另基於「個人資料保護法」第三條規定,倘有查閱及閱覽、製給複製本、更正或補充、刪除 或停止等需求時,可以與本院連絡,在不違反相關規定下,本院將會配合辦理。

附表 「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」

代號	特定目的項目	代號	個人資料之類別
012	公共衛生或傳染病防治事務	C001	辨識個人者:姓名、地址、電話、電子郵遞地址等
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、 國民年金保險及其他社會保險	C003	政府資料中之辨識者:身分證號、護照號碼等
042	兵役、替代役行政事務	C011	個人描述:年齡、性別、生日、出生地、國籍等
058	社會服務或社會工作	C012	身體描述:身高、體重、血型等
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之 蒐集處理及利用	C013	習慣:抽菸、喝酒等
064	保健醫療服務	C021	家庭情形:結婚有無、配偶姓名、子女人數等
084	捐供血服務	C022	婚姻之歷史:前次婚姻或同居人之姓名等
108	救護車服務	C034	旅行及其他遷徙細節:過去之遷徙、旅行細節等
110	產學合作	C038	職業
135	資(通)訊服務	C040	意外或其他事故及有關情形
136	資(通)訊與資料庫管理	C066	健康與安全紀錄:職業疾病、安全、意外紀錄、 急救資格、旅外急難救助資訊等。
156	衛生行政	C111	健康記錄:醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果等
157	調查、統計與研究分析	C112	性生活
159	學術研究	C131	書面文件之檢索
171	其他中央政府機關暨所屬機關構內部 單位管理、公共事務監督、行政協助及 相關業務		
181	其他經營合於營業登記項目或組織章 程所定之業務		
182	其他諮詢與顧問服務		