

高雄市立凱旋醫院

病歷資料暨診斷證明書複製申請單

099/07/21 病委會決議通過
 105/06/13 病委會修改通過
 105/07/22 病委會修改通過
 105/10/17 病委會修改通過

病歷號碼		姓名		申請日期：
------	--	----	--	-------

本人現住地住址：

電話（手機）：日 夜

受託人姓名： (需有委託書) 與病人之關係：

電話（手機）：日 夜

申請理由	<input type="checkbox"/> 申請保險用 <input type="checkbox"/> 申請低收入戶 <input type="checkbox"/> 請假用 <input type="checkbox"/> 申請重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 兵役檢查用 <input type="checkbox"/> 學校證明用 <input type="checkbox"/> 申請殘障手冊 <input type="checkbox"/> 法院用 <input type="checkbox"/> 重病報稅申請減稅額 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 轉安養機構 <input type="checkbox"/> 死亡相驗 <input type="checkbox"/> 其他_____
------	--

複製範圍	門診	<input type="checkbox"/> 部份-起迄日期：_____ ~ _____ <input type="checkbox"/> 病歷首頁 <input type="checkbox"/> 病程紀錄 <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告 <input type="checkbox"/> X光檢查複製光碟片 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 診斷書（僅提供複製六個月內）診斷書原發日期：_____
	住院	<input type="checkbox"/> 部份-起迄日期：_____ ~ _____ <input type="checkbox"/> 病歷首頁 <input type="checkbox"/> 病程紀錄 <input type="checkbox"/> 入院病歷 <input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告 <input type="checkbox"/> X光檢查複製光碟片 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 診斷書（僅提供複製六個月內）診斷書原發日期：_____
		共 份 申請人簽名：_____

本人身分證影本黏貼處（浮貼） 未滿 20 歲須由法定代理人申請

受託人身分證影本黏貼處（浮貼）
 【委託書請釘於本單左上方】

本次複製病歷僅保管一個月，經通知未於時限內取件者即銷毀且無退病歷複製基本費。

取件方式：

由醫院掛號郵寄(需自備郵票 50 元)。

經當場確認複製病歷內容無誤，於 _____ 年 _____ 月 _____ 日領取。

領取人簽名：_____

受理人：	複製者：	發件者：
日期：	日期：	日期：
通知取件日期：	本次共複製 _____ 頁	