大學眼科

複印病歷資料申請書

申請日期： 年 月 日

病患資料	病患姓名	病歷號碼	性別	身份証字號	出生日期	聯絡電話
	通訊地址					

申請項目	
	☐ 全本病歷 ☐ 門診病歷 區間 年 月 日至 年 月 日病歷資料 ☐ 診斷證明書 ____份：☐中文 ☐英文 ☐ 檢驗/查報告 ____張 ☐ 病歷摘要 ____張

立同意書人 簽名： 關係：病患之 ☐ 本人 ☐ 法定代理人

(若非病患本人請出示身分證或戶口名簿等關係證明文件)

身份證字號：

地 址：

聯 絡 電 話：

經辦人員：

經辦日期：

備註：醫療法第七十一條：醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用；由病人負擔。

☐ 自行取件 ☐ 郵寄（依據 93 年 9 月 30 日衛署醫字 0930217501 號函，郵資由病人自行負擔）

病歷資料影印委託同意書

本人 _____ 身分證字號 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐，因 _____ 之目的，

申請 ☐ 全本病歷 ☐ 門診病歷，區間 年 月 日至 年 月 日病歷資料 ☐ 診斷證明書 ☐ 檢驗（查）報告 ☐ 病歷摘要

特授權被委託人 _____ ，代理本人向 貴診所申請上揭資料。

此致

_____大學眼科診所

委 託 人（簽名或蓋章）：

住 址：

被 委 託人（簽名或蓋章）：

身分證字號：

※非病人或其法定代理人申請時，應檢具病人或其法定代理人載明委託意旨及範圍同意書，始得為之。需檢附病人或法定代理人身分證明文件及其代理人身分證明。