

遠東聯合診所就醫相關資料申請書

病歷號碼：

申請日期： 年 月 日

病患姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
聯絡電話	(市話)			(手機)	
代理申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
聯絡電話	(市話)			與病人關係	
	(手機)				

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險核保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 報稅 <input type="checkbox"/> 其他：				
申請內容	<input type="checkbox"/> 全份病歷 <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 年 月 日至 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> _____超音波報告，檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 內視鏡檢查報告，檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 檢驗：_____ 檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 檢查：_____ 檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 乳房攝影 <input type="checkbox"/> 牙科 X 光影像光碟，檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 骨質密度彩色報告，檢查日期：_____				
承辦人簽章	<input type="checkbox"/> 眼科 OCT 檢查，檢查日期：_____				
	<input type="checkbox"/> 一般診斷書(補發)，原開立科別_____日期 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 收據影本(須持收據「正本」臨櫃辦理，自行影印恕不受理) <input type="checkbox"/> 收據副本，就醫日期： 年 月 日至 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 自付醫療費用彙總證明(按就醫起迄期間，不分科) 門診日期： 年 月 日至 年 月 日					
	病歷(檢驗/檢查)資料_____張 X 光影像光碟_____張 骨質密度彩色報告_____張 一般診斷書(補發)_____張 收據影本/副本_____張 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 醫療費用證明_____張	費用及收費章		領收人簽名	

※病歷資料為個人隱私，為保障病患個資，申請人須符合申請人資格，並檢具相關證明文件正本，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償本診所衍生之損失。

※申辦證件不齊全者，恕不受理。

※本申請書內容(含委託書)之個人資料，為病歷資料釋出作業之憑證，依法保存 5 年。

112.07.01 製表