

## 病歷資料複製及檢驗報告申請書(申請日期: \_\_\_\_\_)

病人姓名 (申請人)		病歷號		身分證字號	
地址				連絡電話	
代理申請 人姓名		身分證 字號		連絡電話	
代理申請 人地址					

申請目的	<input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 移民 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險核保 <input type="checkbox"/> 5. 保險理賠 <input type="checkbox"/> 6. 兵役 <input type="checkbox"/> 7. 訴訟 <input type="checkbox"/> 8. 補助 <input type="checkbox"/> 9. 其他:
繳交證件確認 辦理人員簽章: _____	1. <input type="checkbox"/> 申請人正本身分證    2. <input type="checkbox"/> 戶口名簿(3個月內) 3. <input type="checkbox"/> 代理人正本身分證    4. <input type="checkbox"/> 病人委託書

### 病歷複製單

申請人填寫			工作人員填寫	
勾選	項目	資料期間	數量	金額
<input type="checkbox"/>	檢查報告: <input type="checkbox"/> 一般常規 生化、血液、尿液報告 <input type="checkbox"/> 驗尿報告 <input type="checkbox"/> 抹片報告(健保) <input type="checkbox"/> 病理組織報告 <input type="checkbox"/> 超薄抹片報告 <input type="checkbox"/> HPV 篩檢報告 <input type="checkbox"/> 超音波報告(含照片) <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 產程紀錄 <input type="checkbox"/> 中文病歷摘要 <input type="checkbox"/> 中文出生證明 <input type="checkbox"/> 補開收據 <input type="checkbox"/> 其他: _____			

申請人簽名: \_\_\_\_\_ 申請日期 : \_\_\_\_\_

領取人簽名: \_\_\_\_\_ 領取日期 : \_\_\_\_\_

主治醫師				
①				
②				