



**中山醫學大學附設醫院**  
**Chung Shan Medical University Hospital**  
**病歷資料申請單暨委託書**

病人姓名		病歷號碼		出生日期	年 月 日	身分證字號	
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 街	市 區市 里 鄰	段 巷 弄 號 樓				
聯絡電話	日( ) 夜( )	手機號碼：		資料用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請病歷內容		期間	張數	單價	收費金額	內部作業	
一、檢查、檢驗報告單：						受理人或醫師：                已核對證件無誤。  發件人：	
1. 驗血、驗尿							
2. 病理組織或切片							
3. 一般 X 光影像				10 張以內			
4. 核磁共振				200 元，第 11 張起，每張加 5 元。			
5. 電腦斷層							
6. 內視鏡(胃鏡、大腸鏡)							
7. 超音波(腦部、腹部、乳房、腎臟、心臟)				彩色病歷影印案件，每張紙多加收 100 元。			
8. 骨掃描							
9. 肺功能							
10. 心電圖				醫療影像光碟每張酌收 200 元。每增加一檢查加收 200 元，上限 1,000 元。			
11. 神經學、肌電圖							
12. 其他：							
二、出院病歷摘要							
三、手術紀錄							
四、全本病歷(依張數計算)							
五、其他							
應附證明文件	1. 本國人本人申請請攜帶身分證；外籍人士本人申請出具護照正本。病患之配偶、直系親屬(祖父母、外祖父母、生父母子女、含繼、養之父母子女、孫子女、外孫子女；公婆、岳父母、媳婦、女婿等)、三親等以內之旁系血親(姑伯姨舅、兄弟姊妹、姪甥子女)暨法定代理人等始能代替病患本人申請，其餘恕不受理。 2. 代理人申請：請攜帶雙方身分證正本，並填妥委託書(如反面)及簽章。 3. 申請人如為未成年、心智障礙或在國外，可由直系親屬或法定代理人憑身分證或戶口名簿代為申請，並填妥委託書(如反面)及簽章。 4. 往生者資料之申請：請攜帶繼承權者之身分證件正本、與病人關係證明文件、病人除戶證明(戶籍謄本或死亡證明書)。 5. 謝絕不符申請資格之「非本人、非親屬」之人(如朋友、同學、同事、安養機構人員、保險營業人員...等)代辦或持委託書來院申請。						

2010/06/07 病歷管理委員會審核通過

※ 當事人親自申辦免填委託書

委 託 書

本人因確實無法親自辦理病歷資料申請，特委託\_\_\_\_\_君（與本人關係：\_\_\_\_\_），  
代為向貴院申請上述病歷資料，此受託行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

受託人：\_\_\_\_\_（簽章）

委託人：\_\_\_\_\_（簽章） 日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受託人 姓 名		出生 日期	年 月 日	身分證 字號		與病人 關係	
聯 絡 地 址	縣 市	鄉鎮 區市	村 里	街 路	段 巷	弄 號	樓
聯 絡 電 話	日( )		夜( )		手機號碼：		

當事人身分證正反面影本

受託人身分證正反面影本