



信義醫療財團法人

高雄基督教醫院 病歷資料影印申請暨委託書

※病歷室留存

病患姓名		病歷號碼	
申請原因	<input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 他院就醫 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 自己參考 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請項目	<input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 檢查報告：○檢驗○心電圖○X光○視野○超音波○胃鏡 <input type="checkbox"/> 門診病歷：_____科 <input type="checkbox"/> 住院病歷 <input type="checkbox"/> 整本病歷 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請資料期間	_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日		
申請人		<input type="checkbox"/> 病人本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 具繼承權者 與病人關係：	

委託同意書

委託人_____（病人本人 法定代理人 具繼承權者），因確實無法親自辦理資料申請，授權代理申請人向貴院申辦資料範圍如上述填寫項目，如有虛偽或不法情事，願負一切法律責任，並賠償貴院因此所受之損害。

此致 信義醫療財團法人高雄基督教醫院

委託人：_____（簽章） 關係：_____ 電話：_____

代理申請人：_____（簽章） 關係：_____ 電話：_____

為保障病人隱私，申請病友相關醫療診斷資料，請檢具病友及代理人身份證正本，並填妥申請書，存檔備查。

收件日期：_____年_____月_____日_____時_____分

交付日期：_____年_____月_____日_____時_____分

主治醫師	病歷影印及註記	收費員

合計影印張數:共_____張 費用:共_____元