

預定領件日：

承辦人：

中山醫療社團法人中山醫院

流水序號

Chung Shan Hospital

病歷資料影印本申請單(一)

(有打※必填)

年 月 日

※申請人：	簽章	聯絡電話：(H)
		(手機)
※病歷號碼：	<input type="checkbox"/> 核對病患身分證正本	身分證字號：
代理申請人：	簽章	聯絡電話：(H)
(法定代理人)		(手機)
與病患關係：	<input type="checkbox"/> 核對病患身分證正本	身分證字號：

證明文件	<input type="checkbox"/> 委託書正本 <input type="checkbox"/> 病患死亡，死亡證明書		<input type="checkbox"/> 病患重症昏迷，相關文件 <input type="checkbox"/> 病患未成年，戶口名簿正本	
※申請原因	<input type="checkbox"/> 轉院		<input type="checkbox"/> 自行保留	
	<input type="checkbox"/> 投保	壽險公司名稱：_____公司		
	<input type="checkbox"/> 理賠			
	<input type="checkbox"/> 其他			

※申請項目： ※請 選並○選你要申請的項目(申請內容皆為英文病歷)

1.門診	2.住院病歷
<input type="checkbox"/> 門、急診病歷(記錄) <input type="checkbox"/> 病理報告(組織切片) <input type="checkbox"/> 檢驗報告(包括：血液、尿液、羊膜穿刺、血清篩檢) <input type="checkbox"/> 心電圖(靜態、運動、24小時) <input type="checkbox"/> 放射科(X-光、電腦斷層、MRI) <input type="checkbox"/> 超音波(包括：腦、頸、心臟、胸、腹)不含照片 <input type="checkbox"/> 內視鏡(胃鏡、腸鏡、陰道鏡) <input type="checkbox"/> 手術紀錄 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 住院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 病理報告(組織切片) <input type="checkbox"/> 檢驗報告(包括：血液、尿液、羊膜穿刺、血清篩檢) <input type="checkbox"/> 心電圖(靜態、運動、24小時) <input type="checkbox"/> 放射科(X-光、電腦斷層、MRI) <input type="checkbox"/> 超音波(包括：腦、頸、心臟、胸、腹)不含照片 <input type="checkbox"/> 內視鏡(胃鏡、腸鏡、陰道鏡) <input type="checkbox"/> 手術紀錄 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他

3.新生兒病歷	備註：
<input type="checkbox"/> 體檢紀錄表 <input type="checkbox"/> 腳印 <input type="checkbox"/> 超音波(包括：腦、心臟、腹部、髖關節)	代領人：
<input type="checkbox"/> 檢驗報告(血液、糞便) <input type="checkbox"/> 其他	

※主治醫師姓名：	醫師簽名同意欄	領件時簽收
		姓名：
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 核對病患身分證正本 年 月 日

領 件 單

流水序號

申請人姓名：

病歷號碼：

預定領件日：