

醫學影像拷貝申請書

病歷號碼：

病人姓名		性 別	男 <input type="checkbox"/>	出生 日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號														
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室										
聯絡電話	()		資料項目及範圍		詳背面															
病人或法定代理人簽名					日期					年 月 日										
代理人姓名		性 別	男 <input type="checkbox"/>	出生 日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號														
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室										
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室										
聯絡電話	()		與本人關係		代理人簽名															
						申請日期		年 月 日												
應附證明文件	1. 病人委託書 2. 病人健保卡及身分證正本 3. 代理人身分證明文件正本 4. 其他_____																			
備註																				

100.
11.
21
病歷管理委員會審查通過

當事人委託書

本人茲因 (事由) 之需要，同意由代理人 (與本人關係：)，向臺北醫學大學·部立雙和醫院申請醫學影像拷貝，請提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所勾選資料項目及範圍)，作為_____之用。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，若將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。

授權人(病人或其法定代理人)姓名： (親自簽章)

代理人簽章： 授權日期 年 月 日

申請類別： <input type="checkbox"/> 光碟片(每項 200 元) <input type="checkbox"/> 傳統 x 光片(每張 200 元)			
申請項目	日期範圍	申請項目	日期範圍
<input type="checkbox"/> 一般 x 光		<input type="checkbox"/> 乳房攝影	
<input type="checkbox"/> 電腦斷層		<input type="checkbox"/> 血管攝影	
<input type="checkbox"/> 磁共振影		<input type="checkbox"/> 眼底攝影	
<input type="checkbox"/> 特殊攝影		<input type="checkbox"/> 牙科 x 光	
<input type="checkbox"/> 骨質密度		<input type="checkbox"/> 其他	

.....

證件影本粘貼處(非病人申請時需粘貼病人及代理人證件影本)