病歷複製申請單

□服務台　□診間/病房　□健保審查　□教學研究　　年　　月　　日

病人姓名		病歷號		身分證號		電話： 手機：
申請人姓名		與病人關係	病人之_____	身分證號		電話： 手機：
原因	□1.轉診 □2.出國/移民 □3.參考 □4.保險 □5.兵役 □6.訴訟 □6.其他_____					
取件	□自取　□郵寄，地址：					
收費	□G08-Z18 病歷影印費(10 張以內)　□G08-Z20 第 11 張起每張 5 元,共_____張 □G08-Z05 病歷彩色影像報告複印,共_____張 □M22-Z01 數位心導管影像光碟片 □X75-996A 燒錄光碟片[醫學影像(單筆)]共_____片 □X75-996B 燒錄光碟片[醫學影像(多筆)]共_____片 □X75-996C 燒錄光碟片[醫學影像(多筆,每加一片)]共_____片					

複製內容（類別/表單編號或名稱）		日期/期間	份數	張數
檢查驗報告	檢驗報告			
	X 光報告			
	病理組織檢查報告			
	(　　)科 檢查報告			
其他病歷				

醫療影像	院區	檢查項目	門診	住院	最近　次		Series No.	Img No.
			□	□				
			□	□				
			□	□				

備註	* 自行至服務台申請者請詳填以上表格（**粗框**內不必填寫），若不清楚複製內容，請掛號向原看診醫師申請。餘見背頁說明。 * 醫師開單複製 PACS 資料者，請註明 Series No.及 Img No.與日期時間，若非必要請避免複製全部影像資料，以縮短複製時間。餘見背頁說明。

簽收		醫師簽章		收費員	

一式三聯：(1) 申請人填單 → 服務台 批價 → 病歷室(複製病歷、非放射診斷科之影像燒錄) 放射診斷科(複製X光片) 醫師填單

仁愛醫療財團法人　21×27CM　2024.04 修訂　(自行至服務台申請者無須醫師簽章)　A947-J

病歷複製申請單 2

□服務台　□診間/病房　□健保審查　□教學研究　　年　　月　　日

病人姓名		病歷號		身分證號		電話： 手機：
申請人姓名		與病人關係	病人之_____	身分證號		電話： 手機：
原因	□1.轉診 □2.出國/移民 □3.參考 □4.保險 □5.兵役 □6.訴訟 □6.其他_____					
取件	□自取　□郵寄，地址：					
收費	□G08-Z18 病歷影印費(10 張以內)　□G08-Z20 第 11 張起每張 5 元,共_____張 □G08-Z05 病歷彩色影像報告複印,共_____張 □M22-Z01 數位心導管影像光碟片 □X75-996A 燒錄光碟片[醫學影像(單筆)]共_____片 □X75-996B 燒錄光碟片[醫學影像(多筆)]共_____片 □X75-996C 燒錄光碟片[醫學影像(多筆,每加一片)]共_____片					

複製內容（類別/表單編號或名稱）		日期/期間	份數	張數
檢查驗報告	檢驗報告			
	X 光報告			
	病理組織檢查報告			
	(　　)科 檢查報告			
其他病歷				

醫療影像	院區	檢查項目	門診	住院	最近　次		Series No.	Img No.
			□	□				
			□	□				
			□	□				

備註	* 自行至服務台申請者請詳填以上表格（**粗框**內不必填寫），若不清楚複製內容，請掛號向原看診醫師申請。餘見背頁說明。 * 醫師開單複製 PACS 資料者，請註明 Series No.及 Img No.與日期時間，若非必要請避免複製全部影像資料，以縮短複製時間。餘見背頁說明。

簽收		醫師簽章		收費員	

仁愛醫療財團法人 21×27CM　　2024.04 修訂　　(自行至服務台申請者無須醫師簽章)　A947-J

一式三聯：(2) 病歷室→服務台 放射診斷科 →病人簽收後備查

病歷複製申請單

□服務台　□診間/病房　□健保審查　□教學研究　　年　月　日

病人姓名		病歷號		身分證號		電話： 手機：
申請人姓名		與病人關係	病人之_____	身分證號		電話： 手機：
原因	□1.轉診 □2.出國/移民 □3.參考 □4.保險 □5.兵役 □6.訴訟 □6.其他_____					
取件	□自取　□郵寄，地址：					
收費	□G08-Z18 病歷影印費(10 張以內)　□G08-Z20 第 11 張起每張 5 元,共_____張 □G08-Z05 病歷彩色影像報告複印,共_____張 □M22-Z01 數位心導管影像光碟片 □X75-996A 燒錄光碟片[醫學影像(單筆)]共_____片 □X75-996B 燒錄光碟片[醫學影像(多筆)]共_____片 □X75-996C 燒錄光碟片[醫學影像(多筆,每加一片)]共_____片					

	複製內容 （類別/表單編號或名稱）	日期/期間	份數	張數
檢查驗報告	檢驗報告			
	X 光報告			
	病理組織檢查報告			
	(　　)科 檢查報告			
其他病歷				

醫療影像	院區	檢查項目	門診	住院	最近　次		Series No.	Img No.
			□	□				
			□	□				
			□	□				

備註	* 自行至服務台申請者請詳填以上表格（**粗框**內不必填寫），若不清楚複製內容，請掛號向原看診醫師申請。餘見背頁說明。 * 醫師開單複製 PACS 資料者，請註明 Series No.及 Img No.與日期時間，若非必要請避免複製全部影像資料，以縮短複製時間。餘見背頁說明。

簽收		醫師簽章		收費員	

仁愛醫療財團法人 21×27CM　2024.04 修訂　(自行至服務台申請者無須醫師簽章)　A947-J

一式三聯：(3)申請人收執

******病人申請（取件）注意事項******

一、病人本人申請時，請攜帶身分證以核對身分。非病人本人申請時，除病人、申請人身分證，另需繳交**病人委託書**。申請費用請依櫃臺公告標準繳交。

二、自取：①申請後三日內通知取件，請確認聯絡電話/手機號碼無誤。

②取件時務必攜帶收執聯與申請人身分證，以核對身分，確保病人隱私。

郵寄：請自備或向服務台索取信封，並寫明收件人、地址及電話，申請後三日內採掛號郵寄。

三、各院區洽詢電話：

大里仁愛 04-24819900 轉 11106　　台中仁愛 04-22255450 轉 20191

******醫師填單注意事項******

一、醫療影像請依醫療影像查詢系統，登記欲複製 之檢查項目及日期。

二、需選片複製時，請抄錄影像左上角之 Series No.（Se）及 Img No.（Im）以利複製。

三、為健保審查需要而申請者免批價，請逕送 X 光科申請沖片。

四、因研究計畫需要，請加蓋計畫章；科內教學之用應送醫教會核章。