

高雄市 林園 區衛生所病歷資料申請單暨委託書

病患姓名	性別	年齡	身分證字號	病歷號碼	
聯絡地址：			電話：		
代理申請人姓名	性別	年齡	身分證字號	與病人關係	<input type="checkbox"/> 1. 配偶 <input type="checkbox"/> 2. 父母 <input type="checkbox"/> 3. 子女 <input type="checkbox"/> 4. 親屬 <input type="checkbox"/> 5. 朋友 <input type="checkbox"/> 6. 其他
聯絡地址：			電話：		
用途： <input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 出國 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險 <input type="checkbox"/> 5. 兵役 <input type="checkbox"/> 6. 移民 <input type="checkbox"/> 7. 訴訟 <input type="checkbox"/> 8. 補助 <input type="checkbox"/> 9. 其他					
申請內容	期間	份(張數)	申請內容	期間	份(張數)
一、 <input type="checkbox"/> 病歷摘要			五、檢查報告單		
二、 <input type="checkbox"/> 病歷影本			1. <input type="checkbox"/> 驗血報告		
三、影像/X光			2. <input type="checkbox"/> 驗尿報告		
1. <input type="checkbox"/> 影像膠片			3. <input type="checkbox"/> 病理組織或切片報告		
2. <input type="checkbox"/> 影像CD片			4. <input type="checkbox"/> X光報告		
3. <input type="checkbox"/> 其他：			5. <input type="checkbox"/> 超音波報告		
四、 <input type="checkbox"/> 其他(說明)：			6. <input type="checkbox"/> 心電圖報告		
			7. <input type="checkbox"/> 其他(說明)：		
申請人簽章：					
醫師簽章：					
衛生所所長簽章：					

**委 託 書**

立委託書人\_\_\_\_\_君，因確實無法親自辦理病歷資料申請，特委託\_\_\_\_\_君(與本人關係：\_\_\_\_\_ )，代為向貴所申辦，申辦資料範圍及份數如上表，如受託人有踰越授權申請之範圍，或將申請之資料作為他用時，由受託人負所有法律責任。

此致

高雄市林園區衛生所

受託人簽章/日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 委託人簽章/日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

申請日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日