



# 臺北榮民總醫院臺東分院

## 病歷資料申請表

年 月 日

申請人（本人或法定代理人）茲因  1. 轉診  2. 出國  3. 參考  
 4. 保險  5. 兵役  6. 移民  
 7. 訴訟  8. 補助  9. 其他

需要向貴院申請影印下列病歷資料。

姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

身份：有職榮民 無職榮民 健保 其他

資 料 名 稱	張 數	核 價
複製病歷基本費用	10張以內	\$100元
出院病歷摘要		× =
檢查報告單		× =
CT COPY		× =
門診看診紀錄 (S.O.A.P)		× =
急診紀錄		× =
手術紀錄		× =
整本病歷		× =

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 簽章 共 NT \$ \_\_\_\_\_ 元

申請人與病患之關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

證明文件種類：\_\_\_\_\_

本人所提供之證明文件保證為真，若有偽、變造情事，願負民事、刑事、行政責任，概與貴院無涉。

### 以下資料由本院填寫

申請人應付款項計新台幣 \$ _____ 元	申請人資格及文件簽名， 經核對無誤。 經辦人：	複製病歷預計交付日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 交付人：
---------------------------	-------------------------------	--

申請流程：申請單→掛號櫃檯批價→病歷室→門診醫師或護理站→掛號櫃檯領取、繳費。

表單編號：109-M-11091