

## 病人資料(病歷摘要、診斷證明書及各種檢查報告)申請流程

### 一、前言

醫療法第 71 條規定醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，不得無故拖延或拒絕。衛生署 93 年 9 月 30 日函各縣市衛生局定醫療機構提供病歷複製本之收費原則基本費收費上限 200 元 (包括醫療機構提供該病歷複製本所產生之病歷調閱、歸位等人力及影印機等相關成本、不得收取掛號費)另每張紙收費上限五元。

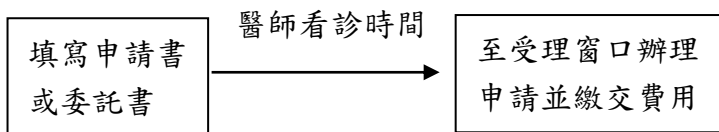
### 二、收費標準

| 主要項目                    | 次要項目與說明                                       | 收費標準 (元) |
|-------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| 證明書費                    | 一、就醫證明                                        | 50-100   |
|                         | 二、診斷證明書                                       | 50-200   |
|                         | 三、病歷摘要證明書                                     | 150      |
| 病歷複製本費<br>(含行政處理費及 影印費) | 一、行政處理費                                       | 50-200   |
|                         | 二、病歷影印費(A4)每頁                                 | 上限 5 元   |
| 附註                      | 1.各項費用不得超過上列最高標準。<br>2.以健保身份就診者，悉依全民健保相關規定辦理。 |          |

\*來源資料：臺南市政府衛生局

### 三、申請流程(需敘明下列事項)

1. 受理窗口：(例如：掛號櫃台或服務櫃台)。
2. 服務時間：配合醫師看診時間。
3. 需檢附文件及填寫申請文件：申請書或委託申請書、身分證、印章等。
4. 作業時間：



臺南市\_\_\_\_\_診所病歷摘要、診斷證明書及各種檢查報告申請委託書

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>申請人基本資料</p>  | <p>姓名：_____性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 出生：____年____月____日<br/>           身分證統一編號：_____<br/>           電話：(H)_____ (O)_____ (手機)_____<br/>           居住地址：_____<br/>           戶籍地址：_____</p>                                                                             |
| <p>受委託人基本資料</p> | <p>姓名：_____性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 出生：____年____月____日<br/>           身分證統一編號：_____<br/>           與受委託人關係：_____<br/>           電話：(H)_____ (O)_____ (手機)_____<br/>           居住地址：_____<br/>           戶籍地址：_____</p>                                                |
| <p>簽名蓋章</p>     | <p>1. 本人_____ (申請人)向_____ 診所申請_____,<br/>           因無法親至前往辦理，特委託_____ (受託人)代為辦理。<br/>           2. 委託人及受託人所提供資料均屬實，若有不實，願負相關法律責任。</p> <p>申請人簽名蓋章：_____ <input type="text" value="印"/></p> <p>受託人簽名蓋章：_____ <input type="text" value="印"/></p> <p style="text-align: right;">_____年 ____月 ____日</p> |

## 病歷摘要、診斷證明書及各種檢查報告申請單暨同意書

### 病人或法定代理人填寫

病歷號碼：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_年\_\_月\_\_日

患者姓名：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

### ➤ 法定代理人申請同意書

法定代理人姓名：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

與病人關係：\_\_\_\_\_

申請用途：

轉診  移民  參考  保險  兵役  訴訟  補助  其他\_\_\_\_\_

### 醫師或病歷室人員填寫

| 申請影印內容         | 期間 | 張數 | 單價  | 金額 |
|----------------|----|----|-----|----|
|                |    |    |     |    |
|                |    |    |     |    |
| 開立醫師簽章：_____   |    |    | 總 計 |    |
| 或病歷室人員簽章：_____ |    |    |     |    |

請將申請資料填寫完整，謝謝!!