



病歷資料申請單

病人姓名		病歷號碼		身分證字號				
				出生日期	年	月	日	
連絡地址	縣市鄉鎮市區村里鄰街路段巷弄號樓							
聯絡電話	(日) : (夜) :							
申請類別	☐ 證明書 ☐ 拷貝X光片 ☐ 門診病歷複製(起訖日 :) ☐ 病歷複製(只需門診 / 住院紙本檢驗(查)報告) (起訖日 :) ☐ 病歷複製(只需門診 / 住院手術紀錄) (起訖日 :) ☐ 門診病摘(起訖日 :) ☐ 出院病摘(起訖日 :) ☐ 其他_____							
申請份數	☐ 一份 ☐ 兩份 ☐ 其他_____							
申請目的	☐ 就醫需要 ☐ 保險公司需要 ☐ 其他_____							
應附證明文件	1. 本人須備妥身分證正本 2. 法定代理人需備妥關係證明正本(身分證或戶口名簿)							
預定取件日期 : _____年____月____日 實際取件日期 : _____年____月____日 承辦人員簽章/日期 : _____/_____								