



PROFESSOR LIU
GYNECOLOGY

劉教授婦產科診所

就醫相關資料申請書

病歷號：

申請日期：

年

月

日

病患姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
聯絡電話	(市話)			(手機)	
代理申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
聯絡電話	(市話)			(手機)	與病人關係

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 保險核對 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 報稅 <input type="checkbox"/> 其他：
申請內容	<input type="checkbox"/> 全份病例 <input type="checkbox"/> 門診就醫紀錄 年 月 日至 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 檢驗：_____ 檢查日期：_____ <input type="checkbox"/> 檢查：_____ 檢查日期：_____ <input type="checkbox"/> _____ 超音波報告，檢查日期：_____
	<input type="checkbox"/> 一般診斷書(補發)， 原開立科別 _____ 日期 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 收據影本 (需持收據『正本』臨櫃辦理，自行影印恕不受理) <input type="checkbox"/> 收據副本，就醫日期： 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自費明細表，就醫日期： 年 月 日至 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 自付醫療費用彙總證明 (按就醫起迄期間，不分科) 門診日期： 年 月 日至 年 月 日

承辦人簽章	病歷(檢驗/檢查)資料 _____ 張 一般診斷書(補發) _____ 張 收據影本/副本 _____ 張 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 醫療費用證明 _____ 張	用及收費章		領收人簽章	
-------	--	-------	--	-------	--

- 1.病歷資料為個人隱私，為保障病患個資，申請人須符合申請人資格，並檢具相關證明文件正本，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償本診所衍生之損失。
- 2.申辦證件不齊全者，恕不受理。
- 3.若代理人申請，請備病患本人身分證正本或護照正本、代理人身分證正本或護照正本、未成年者則提供戶口名簿正本、病患之親筆簽名委託同意書。
- 4.本申請內容(含委託書)之個人資料，為病歷資料釋出作業之憑證，依法保存5年。