**臺中市西屯區衛生所**

**就醫病歷複印申請流程及申請書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **現場申請流程** |
| **受理時間** | 週一~週五08:00-16:00。 |
| **申辦地點** | 臺中市西屯區衛生所(西屯路二段299號) |
| **申請流程** | 1. 填寫[**病歷資料調/借閱申請書**(現場)(pdf)](https://www.ntuh.gov.tw/patientguide/applyDoc/病歷摘要及複製本申請書(現場).pdf)。 2. 取號後等待號碼辦理(星期二、三早上；其餘時間不需抽號碼牌)。 3. 請攜帶病人、代理人身分證正本(病人身分證正反面可影本但要蓋與正本相符)及相關證件正本供查驗、影印留存。 (詳見[申請人及應備文件](https://www.ntuh.gov.tw/patientguide/applyDoc/病歷資料申請_申請人及應具備文件.aspx))。 4. 確認所需申請內容、開立繳費單及取件。 5. **只提供病歷複印，無開立病歷摘要或是診斷證明書**。 |
| **作業時程** | 1. 申請病歷或報告:    * 原則上均為「當日領件」現場等候約60~90 分鐘。    * 但若病歷頁數過多，需有較長之行政處理時間，將另與申請人協商擇日領件。 |

**申請人及應具備文件**

※請您勾選所屬申請人類別，並備妥相關證件，始得辦理：

□**1.**本人申請：身分證正本。

□**2.**代理人申請：（**1**）病人身分證正本，若無法提供正本，影本需正反面並蓋與正本相符印章（**2**）病人之委託同意書（有委託同意書之範本可參閱）（**3**）代理人身分證正本

□**3.**法定代理人申請（未成年人、受監護宣告者資料）：（**1**）病人身分證正本**(**未成年者得提供戶口名簿正本**)**（**2**）法定代理人身分證正本（**3**）與病人之關係證明（戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定書等正本）。◎本項如由代理人申請，須備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本。

※病歷資料為個人隱私，為保障病人權益，若申辦證件不齊全或為影印本者恕不受理，尚祈見諒！

**台中市西屯區衛生所病歷複印申請委託同意書**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（病人本人或未成年病人之法定代理人）因無法親自至台中市西屯區衛生所申請病歷資料影本，同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（先生/女士）代為申請病人於台中市西屯區衛生所就醫之病歷內容。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

立同意書人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

代理申請人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

與病人之關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※ 本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴院衍生之損失。

# **臺中市西屯區衛生所**

# **病歷資料調/借閱申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 出生年月日 | | 身分證明  文件字號 | 住(居)所、聯絡電話 | | |
| 申請人：  與 被 查 詢 人 之 關 係： | |  | |  | 地址：  電話：(H)  e-mail： | (O) |  |
| 被查詢人 | |  | |  | 地址：  電話：〈H〉 | (O) |  |
| ※代理人  與 被 查 詢 人 之 關 係： | |  | |  | 地址： | | |
| 電話：(H)  (O) | | |
| 申請人身分：□學生□軍 □公 □教 □自由業 □服務業 □其他： | | | | | | | |
| 序號 | 請先查詢病歷編號後入 | | | | | | |
| 病歷號 | | 名稱或內容要旨 | | | | |
| 1 |  | |  | | | | |
| 2 |  | |  | | | | |
| 3 |  | |  | | | | |
| 4 |  | |  | | | | |
| 5 |  | |  | | | | |
| 有使用病歷原件之必要，事由： | | | | | | | |
| 申請目的：□歷史考證 □學術研究 □事證稽憑 □業務參考  □其他(請敘明目的)： | | | | | | □權益保障 |  |
| 此致 臺中市政府西屯區衛生所  申請人簽章： ※代理人簽章： 申請日期： | | | | | | 年 月 | 日 |

◎請詳閱後附填寫須知

護理長： 主任：

填寫須知及其他注意事項

一、※標記者，請依需要加填，其他欄位請填具完整。

二、身分證明文件字號請填列身分證統一編號或護照號碼。

三、借閱應於所定時間及場所為之，原本病歷不得以任何理由借出衛生所外，但衛生、健保、治安、法務或司法警察等機關，得憑公函影印部分或全部病歷，於會請機關首長答覆後，由病歷保管人員執行。

四、病歷資料調/借閱應遵守醫療法、個人資料保護法、相關醫事人員法、檔案法，與公務員服務法等有關規定，並不得有下列行為：

（一）添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損病歷。

（二）拆散已裝訂完成之病歷。

（三）以其他方法破壞病歷或變更病歷內容。

五、衛生所內所有人員皆應瞭解及遵守個人病歷保密之規定與重要性。