

南門醫療社團法人南門醫院

請填寫註有*欄位

病歷資料影本暨診斷證明書申請單 *

年 月 日 時

| | | | | | |
|-------|---|---------|------|---|--|
| 病人姓名 | | 身分證統一編號 | | 病歷號碼 | |
| * | | * | | | |
| 住址 | * 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 里村 _____ 鄰 | | | | |
| | 街路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 | | | | |
| 代理人姓名 | | 身分證統一編號 | | 與病人關係 | |
| * | | * | | * | |
| 聯絡電話 | * (): | | 資料用途 | * <input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 保險 <input type="checkbox"/> 3. 補助 <input type="checkbox"/> 4. 訴訟 | |
| | 手機號碼: | | | <input type="checkbox"/> 5. 參考 <input type="checkbox"/> 6. 其他 _____ | |

| 申請內容 | 門診 | 住院 | 份(張)數 | 申請內容 | 門診 | 住院 | 份(張)數 |
|--|----|----|-------|---|----|----|-------|
| <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 | X | | | <input type="checkbox"/> 心電圖報告 | | | |
| <input type="checkbox"/> 病歷紀錄 (急診、門診) | | | | <input type="checkbox"/> 肺功能檢查 | | | |
| <input type="checkbox"/> 護理紀錄 (急診、住院) | | | | <input type="checkbox"/> 動脈硬化檢查 | | | |
| <input type="checkbox"/> 檢驗報告單 (驗血、驗尿) | | | | <input type="checkbox"/> 手術紀錄單 | | | |
| <input type="checkbox"/> 醫學影像報告 (X光、CT) | | | | <input type="checkbox"/> 簡易智能量表 (MMSE) | | | |
| <input type="checkbox"/> 內視鏡檢查 (胃鏡、大腸鏡) | | | | <input type="checkbox"/> 診斷證明書 (乙診、死診) | | | |
| <input type="checkbox"/> 超音波報告 (腹部、腎臟、心臟) | | | | <input type="checkbox"/> 收據副本 | | | |
| <input type="checkbox"/> 病理報告單 | | | | <input type="checkbox"/> 其他(請詳填) _____ | | | |