

病歷記錄/檢查報告 Medical Record/Exam Report

申請書

Application Form

申請日期
Requested Date _____

姓名 Name		性別 Sex		出生年月日 Date of Birth		病歷號碼 O.P.D Number	
住址 Address				電話 Tel. Number		身分證字號 I.D. Number	

本人因 轉診 出國/移民 保險核保/理賠 補助 訴訟 其他因素: _____
 需要病歷記錄/檢查報告單共 _____ 份。

I personally need _____ copies of my medical record/exam report(s). For the purpose of _____.

申請內容	期間
一、檢查報告 Exam Report	
<input type="checkbox"/> 1. 驗血報告 Laboratory Report	
<input type="checkbox"/> 2. 驗尿報告 Urine Test Report	
<input type="checkbox"/> 3. 病理組織或切片報告 Pathology Report	
<input type="checkbox"/> 4. X 光報告 X-ray Report	
<input type="checkbox"/> 5. 核磁共振 MRI Report	
<input type="checkbox"/> 6. 電腦斷層 C-T Report	
<input type="checkbox"/> 7. 超音波(心臟、甲狀腺、乳房、腹部、腎臟、婦科) Sonography Report	
<input type="checkbox"/> 8. 骨掃描 Bone Scan	
<input type="checkbox"/> 9. 肺功能 Pulmonary Function Test Report	
<input type="checkbox"/> 10. 心電圖 EKG Report	
<input type="checkbox"/> 11. 神經肌電圖 EMG Report	
<input type="checkbox"/> 12. 內視鏡報告(胃鏡、腸鏡、膀胱鏡) Endoscopy Report	
<input type="checkbox"/> 13. 其他 Others	
<input type="checkbox"/> 二、門診病歷記錄 O.P.D Record	
<input type="checkbox"/> 三、第 _____ 次出院病歷摘要 Discharge Summary	
<input type="checkbox"/> 四、全份病歷 (取件時間: 三個工作天) All medical record will take 3 business days.	
<input type="checkbox"/> 五、死亡證明書 _____ 份	
<input type="checkbox"/> 六、診斷證明書副本 _____ 份	

簽章
Signed by _____

備註 Remarks:

如申請者係未成年者、患重病或未能親自領取者請代簽章於下：

If the above-mentioned patient is not of age or ill seriously and/or unable to pick up them personally, please sign your name as below :

代理申請者簽章
Agent's Name (print) _____
 身分證字號
ID Number _____
 與病患之關係
Relationship _____