

杏和醫院

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 鄉鎮 村 市 市區 里	鄰	街 路	段 巷	弄 號 樓
聯絡電話	(日): (夜):				
申請類別	<input type="checkbox"/> 證明書 <input type="checkbox"/> 病歷複製 <input type="checkbox"/> 中文出院病摘 <input type="checkbox"/> 出院病摘 <input type="checkbox"/> 門診病摘 <input type="checkbox"/> 檢驗(查)報告 <input type="checkbox"/> 拷貝X光片(檢查日期、部位_____)醫師簽章:_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
申請份數	<input type="checkbox"/> 一份 <input type="checkbox"/> 兩份 <input type="checkbox"/> 其他_____				
申請目的	<input type="checkbox"/> 就醫需要 <input type="checkbox"/> 保險公司需要 <input type="checkbox"/> 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: _____/					