**桃 園 市 觀 音 區 衛 生 所**

病歷摘要、病歷影本及 X光光碟—**申請單**

**【基本資料】病患姓名:** □ 本人 □ 非本人

**出生年月日:** / / **病歷號碼:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請用途 | □ 重大傷病申請 □ 轉診 □ 出國 □ 兵役 □ 臨床參考  □ 保險業務 □ 其他( ) | | | | |
| 檢查報告內容 | | 申請期間(或日期) | 份(張)數 | 價格說明 | 取件時間 |
| □ 診斷書(病歷摘要) | |  |  | A:  基本費  (10張內)  200元/份  B:  (10張以上)每張加印費用為3元。 | 請隔日取件  因病歷摘要及報告需時間整理謄寫 |
| □ 病歷紀錄 | |  |  |
| □ 檢驗報告 | |  |  |
| 其他檢查報告  □ 成人健康檢查  □ 大腸潛血檢查  □ 子宮頸抹片檢查 | |  |  |
| □ X 光數位光碟 | |  |  | 基本費  200元/片  (增加一片20元) | 等候時間約60分，視現場門診而定 |
| 總 計 | | 總份數 : | | 總金額 : | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理人簽章  (請核對證件無誤) | 受理時間 | 預計發件時間 | 醫師簽章 | 發件人簽章 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 領收人簽名: | 中華民國 年 月 日 |

2022.02.17 版