病歷資料影本申請函

寄件人

姓名

完整地址

電話

電子郵件地址

病患出生日期

病歷號或病患編號

收件人

收件人或單位名稱

收件人地址

相關科別或醫師

立書地點

日期

主旨：申請本人病歷資料影本

敬啟者：

敬請依下列說明，將貴院所保存之本人病歷資料影本寄交本人。為便於貴院核對申請，本人附上身分證明文件影本。

期間與原因

申請期間：自

至

申請原因

申請之資料

- ☐ 門診、住院或手術紀錄
- ☐ 影像檢查及其報告
- ☐ 檢驗結果
- ☐ 處方及所開立之治療內容

希望之領取方式

- ☐ 郵寄至本人地址
- ☐ 親自到場領取（憑身分證明文件）
- ☐ 以安全之電子方式傳送
- ☐ 已附身分證明文件影本

希望回覆之期限

敬請於處理本申請前，告知影印或寄送之可能費用，以及本人尚須辦理之其他手續。所申請之資料屬個人資料，懇請以安全方式傳送。

此致 敬禮

附件

簽名

簽署人姓名（正楷）

寄送方式

- ☐ 附回執的掛號信（或同等方式）
- ☐ 親自遞交並簽收
- ☐ 其他方式