《一式二聯》

**全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請同意書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保險對象基本資料 | 姓名《必填》 | 性別《必填》 | 本院(臺北榮總)病歷號《必填》 |
|  | □男 □女 |  |
| 身分證字號/居留證字號《必填》 | 出生日期《必填》 | 聯絡電話《必填》 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年(西元) 月 日 | 住家：公： |
| 聯絡地址《必填》 |  |
| 申請特殊造影檢查名稱 | 🞎 CT Scan(部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)檢查日期： 年 月 日🞎 MR Scan(部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)《勾選並填寫部位及檢查日期》 |
| 原檢查醫院名稱及代號 | 醫院名稱； 《必填》醫院代號： | 原檢查醫院病歷號碼 |  |
| 第二次處方醫院 | 診治醫師姓名： 《必填》  | 醫院名稱；臺北榮民總醫院醫院代號：0601160016醫院地址：11217臺北市北投區石牌路二段201號 |
| 戳章： 《用印》 申請日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 戳章： |
| 病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人申請 | 申請人簽章 | 《必填》 | 身分證字號/居留證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請人與病人關係 | □病人本人□申請人與病人之關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 備註 | 聯絡單位：臺北榮總放射線部行政室聯絡電話：(02)2875-7350傳真電話：(02)2876-9310 |