《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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |