《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

<table>
<tr><td rowspan="4">保險對象基本資料</td><td colspan="2">姓名《必填》</td><td>性別《必填》</td><td colspan="2">本院(臺北榮總)病歷號《必填》</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>□男 □女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身分證字號/居留證字號《必填》</td><td>出生日期《必填》</td><td colspan="2">聯絡電話《必填》</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>年(西元) 月 日</td><td colspan="2">住家：
公：</td></tr>
<tr><td>聯絡地址
《必填》</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申請特殊造影檢查名稱</td><td colspan="5">□ 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》</td></tr>
<tr><td>原檢查醫院名稱及代號</td><td colspan="2">醫院名稱；_____《必填》
醫院代號：_____</td><td>原檢查醫院病歷號碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">第二次處方醫院</td><td>診治醫師姓名：
《必填》</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>戳章：
《用印》
申請日期：_____</td><td colspan="4">戳章：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人申請</td><td>申請人簽章</td><td>《必填》</td><td>身分證字號/居留證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請人與病人關係</td><td colspan="4">□病人本人
□申請人與病人之關係：_____</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="5">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</td></tr>
</table>