

臺北榮民總醫院

病歷資料申請表

年 月 日

申請人（本人或法定代理人）茲因 1. 轉診 2. 出國 3. 參考
 4. 保險 5. 兵役 6. 移民
 7. 訴訟 8. 補助 9. 其他

需要向 貴院申請影印下列病歷資料

姓名：_____ 病歷號碼：_____

身份： 有職榮民 無職榮民 健保 其他

資 料 名 稱	頁 數	核 價
出院病歷摘要（英文）		X =
中文病歷摘要（每次住院 650 元）		
檢查報告單		X =
病歷紀錄		X =
門診看診紀錄（S.O.A.P）		X =
急診紀錄		X =
手術紀錄		X =
整本病歷		X =
		X =

申請人姓名：_____ 簽章 共 NT\$ _____ 元

申請人與病患之關係：_____

證明文件種類：_____

本人所提供之證明文件保證為真，若有偽、變造情事，願負民、刑事、行政責任，概與貴院無涉。

以下資料由本院填寫

申請人應付款項計新台幣 _____ 元	申請人資格及文件簽名 經核對符合	
收費人：	經辦人：	

各科檢查影像或圖檔申請指引表

申請項目	申請單位	申請地點	洽詢電話
電腦斷層檢查 (CT)	放射線部	中正樓二樓 放射線部影像拷貝櫃檯(8號窗口)	02-28712121 轉 7351
磁振造影檢查 (MRI)			
一般 X 光影像			
一般透視檢查			
血管攝影			
超音波檢查	核醫部	思源樓 1 樓 核醫部櫃台	02-28757301 轉 500
心肌灌注掃描報告			
骨骼掃描報告			
正子檢查報告			
腦部多巴胺檢查報告	內視鏡診斷暨治療中心	中正 13 樓 內視鏡中心櫃檯	02-28712121 轉 1300
內視鏡診斷暨治療中心之內視鏡檢查			
眼底攝影			
視野檢查報告	眼科	第三門診 7 樓 眼科進階檢查室	02-28757325 轉 7530
OCT (光學斷層掃描報告)			
前庭功能 (眩暈) 檢查報告	耳鼻喉科	第二門診 6 樓 耳科 2601 門診	02-28757337 轉 110
聽力圖			
神經電學檢查圖檔(肌電圖)	神經修復科	神經再生中心 1 樓 神經電學檢查室	02-28757720 轉 106
肌肉神經電學檢查報告	復健醫學部	中正樓 5 樓 復健醫學部肌電圖室	02-28757364 轉 555
神經傳導報告	神經內科	中正樓 16 樓 肌電圖檢查室	02-28757585
針極肌電圖報告			
上肢血管超音波	心臟血管外科	思源樓 2 樓 週邊血管檢查室	02-28712121 轉 8901
下肢血管超音波			
分段式動脈壓力檢測			
深部靜脈阻塞檢查			
心臟超音波檢查	心臟內科	第一門診 3 樓 心臟內外科檢查櫃檯	02-28712121 轉 7418
經食道心臟超音波			
心導管檢查影像光碟		思源樓 2 樓 心導管中心	02-28757509
一般心電圖		中正樓 2 樓 心電圖室	02-28712121 轉 7510
膀胱壓力檢測	泌尿科	中正樓 5 樓 體外震波碎石術室	02-28712121 轉 2348
膀胱內視鏡影像			
尿路動力學影像			
尿流速檢查報告			

各科檢查影像或圖檔申請指引表

申請項目	申請單位	申請地點	洽詢電話
婦產科超音波	婦產科	中正樓 7 樓 婦產科超音波室櫃檯	02-28712121 轉 3351
放射治療紀錄	腫瘤醫學部	中正樓地下 1 樓 腫瘤醫學部放射腫瘤科護理站	02-28757270 轉 203 或 213
心電圖	兒童心臟科	湖畔門診 3 樓 兒科門診心電圖室 ※申請時間： 星期一至星期四，兒童心臟科門診開診時間。	02-28757379 轉心電圖室
兒童心臟超音波			
24 小時心電圖			

