**郵政醫院放射影像複製申請**

 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **期間** | **備註** |
| □ 一般X光 |  | 共 份 |
| □ 磁振造影 |  | 共 份 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 |  | 病歷號 |  | 身分證號 |  | 電話： |
| 申請人姓名 |  | 與病人關係 | 病人之\_\_\_\_\_ | 身分證號 |  | 電話： |
| 原因 | □1.工作 □2.路途遙遠□3.其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**※請具體填出項目及期間以利作業**

 中華民國 年 月 日承辦人︰

 如有疑問請洽郵政醫院【放射科】電話02-23956755 分機188

 9704經病委會通過修訂