

## 院外影像上傳申請書 (由病人本人簽立本同意書)

本人\_\_\_\_\_同意將本人在其他醫院之放射線檢查影像光碟\_\_\_\_片，上傳至臺北榮民總醫院醫療影像儲傳系統，以利臺北榮總的醫師診療需要，特立此書以茲證明。

原檢查醫院：\_\_\_\_\_

原檢查日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

立同意書人：\_\_\_\_\_（病患本人） 本院病歷號：\_\_\_\_\_

立書日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本次就診資訊：門診\_\_\_\_\_科第\_\_\_\_診就診醫師姓名：\_\_\_\_\_

住院\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_病房 主治醫師姓名：\_\_\_\_\_

---

## 院外影像上傳同意書 (由診間醫護同仁填書)

病患 \_\_\_\_\_  
先生 女士 所提供之院外影像光碟\_\_\_\_片，因配合本院診療需要，願意上傳至本院影像系統，本人（醫師）證明所提供之影像為該病患無誤，同時已徵得病患之同意，請將該影像上傳，以利診療需要。

※請註明上傳本院之影像為：\_\_\_\_\_（例如：CT-Chest…等）

申請醫師：\_\_\_\_\_ 申請單位：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

病患姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

原檢查醫院：\_\_\_\_\_（同上方同意書）

申請日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※外院影像光碟片本院僅保管1個月，超過期限本院將統一銷毀※