

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：甘莉莉

電話：(02)2752-7286#134

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：kan@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國105年12月23日

發文字號：全醫聯字第1050007002號

速別：普通件

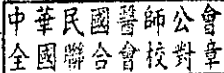
密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：轉知本會製作提供醫療機構（診所及醫院）使用之（1）「初診基本資料暨個人資料同意書」（2）「個人資料同意書（複診）」（3）「個人資料特定目的外利用終止申請書」三種範本資料（如附件），請查照。

說明：

- 一、依本會105.11.27第11屆第2次醫事法規委員會研討結論及105年12月18日第11屆第5次理事會報告通過辦理。
- 二、本訊息刊登本會網站。

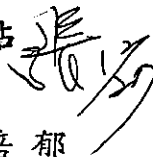
正本：各縣市醫師公會 

副本：

理事長 邱泰源

Handwritten signature and date: 106.1.17

彰化縣醫師公會	
收文日期	105.12.27
收文字號	彰醫字第 1544 號

擬公布網站 

○○○○診所（醫院）

初診基本資料暨個人資料同意書（範本一之1）

病歷號碼：（由本院人員填寫）

姓名					出生日期	民國	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證號									國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
電話	宅	()	公	()	手機						
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		縣市	鄉鎮市區	村里						
e-mail											
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上										
婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚										
職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 林 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> 牧 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 醫療業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他										
危急通知人	姓名	關係：			宅	()	手機				
出生地區	<input type="checkbox"/> 本國：_____省_____縣市（ <input type="checkbox"/> 本院出生之病患） <input type="checkbox"/> 外國：_____										
就醫資訊	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 他院轉介 <input type="checkbox"/> 自行來院 <input type="checkbox"/> 被指定院所 <input type="checkbox"/> 媒體（報紙電視廣播網路） <input type="checkbox"/> 本院員工推薦										
個人資料保護管理	<p>立同意書人（以下簡稱本人），茲聲明已充分瞭解並同意下列事項：</p> <p>1. 個人資料蒐集、處理、利用 同意於醫療、照護服務或特定目的(如備註)下，診所（醫院）得蒐集、處理或利用本人之病歷記錄相關資料。</p> <p>2. 特定目的外利用 本人<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意(不同意提供個人資料時，亦不會影響任何就醫權益)於診所（本院及醫療體系子醫院）使用下列所列事項： 診所（醫院）得依個人資料保護法第5條、第8條、第9條等規定下蒐集、處理、利用本人基本資料（包含姓名、出生年月日、電話、地址、教育及職業等），以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度等相關資訊。</p> <p><u>本同意書日後如有反對意見，可另提出終止利用之申請。</u></p> <p>立同意書人簽名：_____ 關係：_____</p> <p>地址：_____ 電話：_____</p> <p>日期：_____年_____月_____日</p>										
<p>備註：1. 依法務部公布之特定目的及個人資料之類別請參見下表。 2. 立聲明人如為未成年、心智障礙者，可由直系親屬或法定代理人簽具。 3. 資料將來如有變更，請於看診或掛號時告知護士或櫃檯人員，以利更正。</p> <p style="text-align: right;">建檔人員：</p>											

特定目的及個人資料之類別說明

特定目的

代號	特定目的項目
012	公衛或傳染病防治
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、國民年金保險及其它社會保險
058	社會服務或社會工作
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用
064	保健醫療服務
084	捐供血服務
108	救護車服務
156	衛生行政
159	學術研究
182	其他資詢與顧問服務

個人資料之類別

代號	識別類
C001	辨識個人者：姓名、職稱、地址、電話、電子郵遞地址...等
C003	政府資料中之辨識者：身分證統一編號、護照號碼...等
C011	個人描述：年齡、性別、生日、出生地、國籍等
C012	身體描述：身高、體重、血型等
C013	習慣：抽菸、喝酒等
C021	家庭情形：結婚有無、配偶姓名、子女人數...等
C022	婚姻之歷史：前次婚姻或同居人姓名...等
C034	旅行及其他遷徙細節：過去之遷徙、旅行細節...等
C038	職業
C040	意外或其他事故及有關情形...等
C066	健康與安全紀錄，例如：職業疾病、安全、意外紀錄、急救資格、旅外急難救助資訊等
C111	健康紀錄：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類...等
C112	性生活
C131	書面文件之檢索...等

○○○○診所（醫院）

初診基本資料暨個人資料同意書（範本一之2）

病歷號碼：（由本院人員填寫）

姓名						出生日期	民國	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證號										國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
電話	宅	（ ）			公	（ ）			手機			
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		縣市		鄉鎮市區			村里				
e-mail												
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上											
婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚											
職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 林 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> 牧 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 醫療業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他											
危急通知人	姓名	關係：				宅	（ ）			手機		
出生地區	<input type="checkbox"/> 本國：_____省_____縣市（ <input type="checkbox"/> 本院出生之病患） <input type="checkbox"/> 外國：_____											
就醫資訊	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 他院轉介 <input type="checkbox"/> 自行來院 <input type="checkbox"/> 被指定院所 <input type="checkbox"/> 媒體（報紙電視廣播網路） <input type="checkbox"/> 本院員工推薦											
個人資料保護管理	<p>本診所（醫院）為執行醫療、健康檢查業務所需、以及日後醫療、健康檢查相關訊息之通知，於適當、合理及必要之範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料，茲依個人資料保護法第八條第一項及第九條第一項規定，告知下列事項，敬請詳閱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 個人資料蒐集之目的 本診所（醫院）因執行醫療業務及健康檢查業務所必要，依法製作病歷、病歷索引及統計分析，及依公務機關執行法定職務所必要範圍內之要求（包含但不限於健保醫療資訊雲端查詢系統之雲端藥歷、特定管制藥品用藥資訊、用藥紀錄、過敏藥等），餘如附表範圍。 個人資料蒐集之類別 個人資料類別，如附表範圍。 個人資料利用之期間、地區、對象及方式 期間：本診所（醫院）依醫療法及執行業務所必須，保存病歷之期間。 地區：中華民國境內。 對象：由本診所（醫院）自行利用，或依公務機關要求提供。 方式：以實體紙本、數位檔案、電子病歷或其結合之方式。 依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式 您可透過網站、電話、及親臨本診所（醫院）等方式，經由本人申請（攜帶可辨識身分證明文件正本）、代理人申請（病人及代理人之身分證明文件正本、及病人委託同意書）、法定代理人申請（病人及法定代理人之身分證明文件正本、及與病人之關係證明文件）、具繼承權者申請（申請人身分證明文件正本、與病人之關係證明文件、病人除戶證明文件）之方式，就本診所（醫院）所保有之個人資料行使下列權利。但因其他法令規定、因執行業務所必要，不得請求行使之權利除外： 查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。 											

5. 本人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響
 您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟您若拒絕提供相關個人資料，本診所（醫院）將就現有資料為醫療上之診察、治療，或健康檢查，惟可能影響醫療判斷及治療結果。
 例如：若拒絕告知居住地區、疾病史、家族史、用藥史、旅遊史、傳染病史、過敏史，可能誤導醫師判斷、延誤病情、被拒絕服務、嚴重者甚至導致醫療不幸事故等。
6. 本人 同意 不同意（不同意，亦不會影響任何就醫權益）本診所（醫院）以下列方式，利用本人之個人資料：
 以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式通知本人衛教資訊、健康檢查、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度調查等活動。
 立同意書人親自簽名或蓋章完成後，即視為立書人已詳閱告知事項，並瞭解本同意書的內容。對本同意書內容如有任何反對意見，可隨時提出終止本同意書之書面表示，惟該書面終止之效力，於必要範圍內仍受法令及執行業務所需之限制。

立同意書人簽名(蓋章)：

與本人關係：

住址：

電話：

日期： 年 月 日

- 備註：1. 依法務部公布之「個人資料保護法特定目的及個人資料之類別」，本診所（醫院）對於個人資料進行蒐集、處理及利用之「特定目的」及「個人資料類別」，如附表。
 2. 病患本人如為限制行為能力或無行為能力(如未成年、心智障礙者)，應由法定代理人簽名(或蓋章)。
 3. 填寫後，請將此表併同身分證明文件及健保卡交予櫃檯人員辦理。

建檔人員：

【附表、個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別】

特定目的		個人資料	
代號	特定目的項目	代號	識別類
012	公衛或傳染病防治	C001	辨識個人者：姓名、職稱、地址、電話、電子郵遞地址...等
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、國民年金保險及其它社會保險	C003	政府資料中之辨識者：身分證統一編號、護照號碼...等
		C011	個人描述：年齡、性別、生日、出生地、國籍等
058	社會服務或社會工作	C012	身體描述：身高、體重、血型等
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之搜集處理及利用	C013	習慣：抽菸、喝酒等
		C021	家庭情形：結婚有無、配偶姓名、子女人數...等
064	保健醫療服務	C022	婚姻之歷史：前次婚姻或同居人姓名...等
084	捐供血服務	C034	旅行及其他遷徙細節：過去之遷徙、旅行細節...等
108	救護車服務	C038	職業
156	衛生行政	C040	意外或其他事故及有關情形...等
159	學術研究	C066	健康與安全紀錄，例如：職業疾病、安全、意外紀錄、急救資格、旅外急難救助資訊等。
		C111	健康紀錄：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類...等
182	其他資詢與顧問服務	C112	性生活
		C131	書面文件之檢索...等

個人資料同意書（複診）（範本二之1）

病歷號碼：

姓名		身分證號	
個人資料 保護管理	<p>本診所（醫院）為維護您的權利，對您就醫所留存之資料(包括簽署前之資料)，擬做以下說明告知：</p> <p>1.個人資料蒐集、處理、利用 同意於醫療、照護服務或特定目的(如備註)下，診所（醫院）得蒐集、處理或利用本人之病歷記錄相關資料。</p> <p>2.特定目的外利用 本人<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意(不同意提供個人資料時，亦不會影響任何就醫權益)於診所（本院及醫療體系子醫院）使用下列所列事項： 診所（醫院）依個人資料保護法第5條、第8條、第9條等規定下蒐集、處理、利用相關資料，以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度等相關資訊。</p> <p>本人已經仔細閱讀過本文件，經詢答之後，已充分瞭解內容並同意遵守。本同意書日後如有反對意見，可另提出終止利用之申請。</p>		
	立同意書人簽名：		關係：
	住址：		電話：
	日期： 年 月 日		
	備註：1.依法務部公布之特定目的及個人資料之類別請參見下表。 2.立同意書人如為未成年、心智障礙者，可由直系親屬或法定代理人簽具。 3.填寫後，請將此表並同身分證件或駕照及健保卡交予櫃檯人員辦理。		
			建檔人員：

【個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別】

特定目的		個人資料	
代號	特定目的項目	代號	識別類
012	公衛或傳染病防治	C001	辨識個人者：地址…
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、國民年金保險及其它社會保險	C003	政府資料中之辨識者：ID
		C011	個人描述：Age、性別..
058	社會服務或社會工作	C012	身體描述：身高、體重
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之搜集處理及利用	C013	習慣：抽菸、喝酒
		C021	家庭情形：結婚有無、配偶姓名…
064	保健醫療服務	C022	婚姻之歷史：前次婚姻或同居人姓名…
084	捐供血服務	C034	旅行及其他遷徙細節：過去之遷徙、旅行細節…
108	救護車服務	C038	職業
156	衛生行政	C040	意外或其他事故及有關情形
159	學術研究	C066	健康與安全紀錄，例如：職業疾病、安全、意外紀錄、急救資格、旅外急難救助資訊等。
		C111	健康紀錄：醫療報告、診斷…
182	其他資詢與顧問服務	C112	性生活
		C131	書面文件之檢索

個人資料同意書（複診）（範本二之2）

病歷號碼：

姓名		身分證號	
個人資料保護管理	<p>本診所（醫院）為執行醫療、健康檢查業務所需、以及日後醫療、健康檢查相關訊息之通知，於適當、合理及必要之範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料，茲依個人資料保護法第八條第一項及第九條第一項規定，告知下列事項，敬請詳閱：</p> <ol style="list-style-type: none"> 個人資料蒐集之目的 本診所（醫院）因執行醫療業務及健康檢查業務所必要，依法製作病歷、病歷索引及統計分析，及依公務機關執行法定職務所必要範圍內之要求（包含但不限於健保醫療資訊雲端查詢系統之雲端藥歷、特定管制藥品用藥資訊、用藥紀錄、過敏藥等），餘如附表範圍。 個人資料蒐集之類別 個人資料類別，如附表範圍。 個人資料利用之期間、地區、對象及方式 期間：本診所（醫院）依醫療法及執行業務所必須，保存病歷之期間。 地區：中華民國境內。 對象：由本診所（醫院）自行利用，或依公務機關要求提供。 方式：以實體紙本、數位檔案、電子病歷或其結合之方式。 依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式 您可透過網站、電話、及親臨本診所（醫院）等方式，經由本人申請（攜帶可辨識身分證證明文件正本）、代理人申請（病人及代理人之身分證證明文件正本、及病人委託同意書）、法定代理人申請（病人及法定代理人之身分證證明文件正本、及與病人之關係證明文件）、具繼承權者申請（申請人身分證明文件正本、與病人之關係證明文件、病人除戶證明文件）之方式，就本診所（醫院）所保有之個人資料行使下列權利。但因其他法令規定、因執行業務所必要，不得請求行使之權利除外： 查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。 本人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響 您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟您若拒絕提供相關個人資料，本診所（醫院）將就現有資料為醫療上之診察、治療，或健康檢查，惟可能影響醫療判斷及治療結果。 例如：若拒絕告知居住地區、疾病史、家族史、用藥史、旅遊史、傳染病史、過敏史，可能誤導醫師判斷、延誤病情、被拒絕服務、嚴重者甚至導致醫療不幸事故等。 本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意（不同意，亦不會影響任何就醫權益）本診所（醫院）以下列方式，利用本人之個人資料： 以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式通知本人衛教資訊、健康檢查、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度調查等活動。 立同意書人親自簽名或蓋章完成後，即視為立書人已詳閱告知事項，並瞭解本同意書的內容。對本同意書內容如有任何反對意見，可隨時提出終止本同意書之書面表示，惟該書面終止之效力，於必要範圍內仍受法令及執行業務所需之限制。 立同意書人簽名（蓋章）： _____ 與本人關係： _____ 住址： _____ 電話： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 		

備註：1.依法務部公布之「個人資料保護法特定目的及個人資料之類別」，本診所（醫院）對於個人資料進行蒐集、處理及利用之「特定目的」及「個人資料類別」，如附表。
2.病患本人如為限制行為能力或無行為能力（如未成年、心智障礙者），應由法定代理人簽名（或蓋章）。
3.填寫後，請將此表併同身分證明文件及健保卡交予櫃檯人員辦理。

建檔人員：

【附表、個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別】

特定目的		個人資料	
代號	特定目的項目	代號	識別類
012	公衛或傳染病防治	C001	辨識個人者：姓名、職稱、地址、電話、電子郵遞地址...等
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、國民年金保險及其它社會保險	C003	政府資料中之辨識者：身分證統一編號、護照號碼...等
		C011	個人描述：年齡、性別、生日、出生地、國籍等
058	社會服務或社會工作	C012	身體描述：身高、體重、血型等
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之搜集處理及利用	C013	習慣：抽菸、喝酒等
		C021	家庭情形：結婚有無、配偶姓名、子女人數...等
064	保健醫療服務	C022	婚姻之歷史：前次婚姻或同居人姓名...等
084	捐供血服務	C034	旅行及其他遷徙細節：過去之遷徙、旅行細節...等
108	救護車服務	C038	職業
156	衛生行政	C040	意外或其他事故及有關情形...等
159	學術研究	C066	健康與安全紀錄，例如：職業疾病、安全、意外紀錄、急救資格、旅外急難救助資訊等。
		C111	健康紀錄：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類...等
182	其他資詢與顧問服務	C112	性生活
		C131	書面文件之檢索...等

○○○○診所（醫院）

個人資料特定目的外利用終止申請書（範本三之1）

姓名		身分證號		病歷號碼	
----	--	------	--	------	--

茲聲明並同意下列事項：

本人於貴診所（院）就醫留存之個人資料，原同意 貴診所（院及醫療體系子醫院）特定目的外利用，因意願改變，擬請 貴診所（院及醫療體系子醫院）停止本人之個人資料利用。

立同意書人簽名：_____ 關係：_____

住址：_____ 電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

備 註：

- 1、特定目的外利用係指貴診所（本院及醫療體系子醫院）得依個人資料保護法第5條、第18條、第19條等規定下蒐集、處理、利用相關資料，以信件、mail、簡訊、電話等聯絡方式通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷滿意度等相關資訊。
- 2、診所（醫院）接獲您的申請後需經3個工作日進行相關設定。
- 3、填寫後，將此表並同身份證件或駕照及健保卡交予櫃檯人員辦理。

建檔人員：_____

○○○○診所（醫院）

個人資料利用終止聲明書（範本三之2）

姓名		身分證號		病歷號碼	
----	--	------	--	------	--

茲聲明下列事項：

- 本人不同意（不同意，亦不會影響任何就醫權益）貴診所（醫院）以下列方式，利用本人之個人資料：以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式通知本人衛教資訊、健康檢查、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度調查等活動。
- 本人於貴診所（醫院）就醫留存之個人資料，除法令另有規定及執行正當醫療業務或健康檢查業務所必要者外，請求停止貴診所（醫院）對本人之個人資料蒐集、處理、利用。
- 本人於貴診所（醫院）就醫留存之個人資料，除法令另有規定及執行正當醫療業務或健康檢查業務所必要者外，請求刪除貴診所（醫院）關於本人之個人資料。

此致

○○○○診所（醫院）

立同意書人簽名（蓋章）：_____ 與本人關係：_____

住址：_____ 電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

備註：

1. 依據個人資料保護法、醫療法、醫師法規定辦理。
2. 申請方式：透過網站、電話、及親臨本診所（醫院）等方式。
3. 申請人資格及應攜帶文件：
本人——可辨識身分證明文件正本
代理人——病人及代理人之身分證明文件正本、及病人委託同意書
法定代理人——病人及法定代理人之身分證明文件正本、及與病人之關係證明文件
繼承權人——申請人身分證明文件正本、與病人之關係證明文件、病人除戶證明文件
4. 本診所（醫院）接獲您的申請後，需經三個工作日進行相關設定。
5. 填寫後，請將此表併同應攜帶文件交予櫃檯人員辦理。

建檔人員：_____