**○○○○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 日 （前） | | | | | | | 性 別 | □ 男  □　女 |
| 身分證號 |  | |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  |  | | 國籍 | | □本國 □外國 | | |
| 電 話 | 宅 | ( ) | | | | | 公 | | ( ) | | | | | | | | 手機 |  | | | | |
| 地 址 | □□□ 　 縣市 　 鄉鎮市區 村里  街路 　 段 　 巷 　 弄　 號 　 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育程度 | □不識字 □小學 □中學 □高中/職 □專科□大學 □研究所以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻 | □已婚 □未婚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職 業 | □軍 □公 □教 □商 □工 □農 □林 □漁 □牧 □製造業 □自由業 □運輸業 □服務業 □醫療業 □家管 □學生 □無 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 危 急 通 知 人 | 姓名 | 關係： | | | | | | | | 宅 | | ( ) | | | | | | 手機 |  | | | |
| 出生地區 | □本國： 省 縣市（□本院出生之病患） □外國： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就醫資訊 | □親友介紹 □他院轉介 □自行來院 □被指定院所 □媒體（報紙電視廣播網路） □本院員工推薦 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人資料  保護管理 | 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：   1. **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。   1. **個人資料蒐集之類別**   個人資料類別，如附表範圍。   1. **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。   1. **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。   1. **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。   1. 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 |