

## 馬偕紀念醫院專任主治醫師授權 研究助理閱覽病歷同意書

本人因研究需要，同意由研究助理 \_\_\_\_\_ 先生/小姐  
（身分證字號： \_\_\_\_\_ ）至病歷課閱覽本人所借閱之  
病歷資料。授權期間自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止。  
在此期間本人將督促研究助理遵守本院病歷閱覽規則，包括配合於  
進入閱覽室時出示身分證件；維護所借閱病歷之完整性；不擅自影  
印、不擅自翻拍或將病歷攜出；不翻閱非本人所借閱之病歷；如遇  
病人就診，應即刻送回借出之病歷；離職後不得再進入閱覽室閱覽  
病歷等，以保障病人權益及病歷資料的安全與隱私。研究助理如有  
違反院方規定事宜，將由本人負責。

此致

病歷課

立同意書人簽名或蓋章：

科部：

院內分機：

手機簡碼：

研究助理簽名或蓋章：

院內分機：

手機：

申請日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日