

# 核子醫學科 自費檢查同意書

病患\_\_\_\_\_ (病歷號碼\_\_\_\_\_), 性別\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
生, 因患\_\_\_\_\_, 欲接受\_\_\_\_\_, 申  
請人願意使用自費檢查並負擔相關費用。

此致  
財團法人長庚紀念醫院

立同意書人：

簽章

身分證編號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住址：

電話：( )

關係：病人之

中 華 民 國                      年                      月                      日

附註：一、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由  
醫療法第六十四條第二項規定之人員簽具。(民法規定：年滿 20 歲為成年人)  
二、立同意書人非病人本人者，應填載與病人之關係。  
三、立同意書人請務必詳閱背後說明，如有任何疑問或須更進一步瞭解，請於簽具  
本同意書前，詳細詢問相關醫師。