

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：邱亭嘉
電話：04-25265394*3311
電子信箱：hbtcm01160@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國112年2月17日

發文字號：中市衛保字第1120016899號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：成人預防保健服務BC型肝炎篩檢資格個人資料查詢同意書參考範例
(387140000I_1120016899_ATTACH1.pdf)

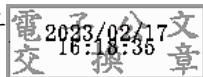
主旨：轉知衛生福利部國民健康署提供「成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢資格個人資料查詢同意書(參考範例)」1份，請轉知所屬會員參考運用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署112年2月10日國健慢病字第1120660087號函辦理。
- 二、旨揭同意書(參考範例)係供各醫療院所設計民眾同意相關文件時運用。
- 三、如有相關問題，請洽該署成人預防保健暨慢性病團隊聯繫窗口(02)2559-1855。

正本：社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、台中市診所協會、社團法人臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會

副本：本局保健科



成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢資格個人資料查詢同意書

(參考範例)

立同意書人(即本人) _____ (請填入姓名) 同意
_____ (請填入醫事服務機構名稱) 為提供本人關於成人預防保健服務之B、C型肝炎篩檢資格之資訊，得於本同意書簽署之日起 _____ 年內，自衛生福利部相關系統中，查詢關於本人是否符合成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢資格之個人資料。

前述個人資料應限於本人在 _____ (醫事服務機構名稱) 就診時，作為提供成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢查詢比對使用。且前述資料，除因醫療需要已列入本人病歷者外，將會在完成本次看診後逕行刪除。除非得到本人進一步授權，否則將不得另為其他目的利用。

依個人資料保護法之規定，本人保有隨時請求停止、刪除前述個人資料之權利，相關請求與問題並可向 _____ (醫事服務機構名稱) 指定之聯繫窗口提出 (請填入聯繫電話、電子郵件、承辦人或單位資訊)：

以上內容經本人詳細閱讀並理解其內容，特簽名如下以表同意授權，
此致 _____ (醫事服務機構名稱)

立同意書人： _____

出生年月日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身分證號： _____

法定代理人/監護人： _____ 關係：病人之 _____

身分證號： _____

*說明：立同意書人如為受監護或輔助宣告者，請由監護人或輔助人等代為簽寫

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日