

# 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