

檢體編號：

(由檢驗單位填寫)

國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital

優生保健補助申請單—產前基因檢查(外院專用)

檢查項目	申請補助項目(請勾選) (每胎每項最高補助 5000 元)	外院代檢 補助差額醫令碼	受檢者 自費差額
	海洋性貧血產前診斷 申請所需資料： 孕婦及其配偶之同型海洋性貧血帶因確診報告	<input type="checkbox"/> 甲型	無
<input type="checkbox"/> 乙型		無	0 元
<input type="checkbox"/> 甲型+乙型		請電洽	2000 元
<input type="checkbox"/> 脊髓性肌肉萎縮症產前診斷 申請所需資料：孕婦及其配偶之 SMA 帶因確診報告		無	0 元

受檢者資料	姓名	身分證字號 /統一證號	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他_____
	生日	民國 年 月 日	行動電話	配偶 國籍別 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他_____
	戶籍地址			
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上		
	產科史	懷孕週數：_____週(超音波)，胎兒數目： <input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> _____胞胎 懷孕次數(包括此次)：____，自然流產數：____，人工流產數：____，死產數：____ 新生兒異常數：____，病名：_____		
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偏遠地區 <input type="checkbox"/> 低收入戶，證明文號：			

1. 本申請單之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意? 同意 不同意
2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? 同意 不同意

本人確認資料填寫完整無誤，並同意檢附受檢者身分證正反面影本及所需資料，以供補助申請佐證。(非本國籍者，須提供您中華民國國籍配偶之身分證影本)

本人已知悉優生保健之產前補助每胎每項僅補助乙次，並同意給付自費差額。若因已重複申請或資格不符而導致無法補助者，醫院將會請您繳回費用。

立同意書人姓名：

(簽章)

檢體資料	本胎次有生育先天缺陷兒之可能性：		病歷號	備註 (多胞胎位置)		
	<input type="checkbox"/> 17-A 海洋性貧血(Thalassemia) <input type="checkbox"/> 17-B 脊髓性肌肉萎縮症(SMA)					
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 絨毛 <input type="checkbox"/> 臍血	抽取量	ml	採檢時間	年 月 日 時 分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 棕褐色 <input type="checkbox"/> 血紅色			送檢時間	年 月 日 時 分

送檢單位資料	送檢院所	科別	送檢醫師 (簽章)
	聯絡人	聯絡電話	聯絡 Email
	報告郵寄地址/收件人	<input type="checkbox"/> 同送檢院所地址	

臺大醫院基因醫學部 產前遺傳暨親緣鑑定檢驗室

100 台北市中正區中山南路 8 號 19 樓

FAX: (02)23813690

TEL: (02)23123456 分機 271802、271916

Email: qhyang@ntuh.gov.tw