

優生健康檢查個案紀錄聯

自費案
 補助案

第一聯

檢體編號 (請用原子筆填寫)

個案資料由個案或採檢院所填寫

個 案 資 料	姓 名		年 齡	民 國 年 月 日 生 足 歲	個 案 國 籍 別		
	電 話	家：()					身 分 證 號 碼 / 統 一 證 號
		公：()					性 別
	戶 籍 地 址	縣 市	鄉 鎮 區 市	村 里	鄰 街	路 段	巷 弄 號 樓
		通 訊 地 址	<input type="checkbox"/> 同 戶 籍 地 址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉 鎮 區 市	村 里	鄰 街
夫 妻 確 診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配 偶 國 籍 別			配 偶 身 分 證 號 碼 / 統 一 證 號		

檢體資料由採檢院所填寫

檢 體 資 料	適 應 症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱適應症代碼表) 其他(請註明_____)	轉介單位：醫院名稱及健保醫院代碼 轉介人員：_____ 填單日期： 年 月 日
	檢體類別：	<input type="checkbox"/> 1. 血液 <input type="checkbox"/> 2. 尿液 <input type="checkbox"/> 3. 流產組織 <input type="checkbox"/> 4. 臍帶血 <input type="checkbox"/> 5. 羊水 <input type="checkbox"/> 6. 其他 (請註明_____)	

檢查項目	細胞遺傳學檢驗結果
一、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____) <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 <input type="checkbox"/> 3-1. 海洋型貧血確診 <input type="checkbox"/> 4. 胺基酸檢查 <input type="checkbox"/> 3-2. 脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 5. 有機酸檢查 <input type="checkbox"/> 3-3. 脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 6. 其他 <input type="checkbox"/> 3-4. 染色體脆折症 <input type="checkbox"/> 3-5. 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 3-6. 血友病 <input type="checkbox"/> 3-7. 裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-8. 其他 二、精神疾病檢查	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型： _____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗 <hr/> 海洋性貧血基因檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ， <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
建議及處理 <input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務 1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱： _____ 2_由原採檢醫師： _____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他 _____	其他檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型： _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
檢驗機構：醫院名稱及健保醫院代碼 醫師簽章： _____ 檢查日期： 年 月 日	

註：1. 紀錄聯第一、二欄分別由個案或採檢醫院、診所填妥後，採檢院所自存第二聯，將第一聯送檢驗單位。
 2. 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。
 3. 補助個案相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局(台灣省個案)、台北市立聯合醫院婦幼院區(台北市個案)、高雄市政府衛生局(高雄市個案)，經審核無誤後撥款。

優生健康檢查個案紀錄聯

自費案
 補助案

第二聯

檢體編號 (請用原子筆填寫)

個案資料由個案或採檢院所填寫

個案資料	姓名				年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別	
	電話	家：()									身分證號碼	
		公：()									／統一證號	
	手機：									性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣市	鄉鎮區	村里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮區	村里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	
夫妻確診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		配偶國籍別					配偶身分證號碼		／統一證號		

檢體資料由採檢院所填寫

檢體資料	適應症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱適應症代碼表)	轉介單位：醫院名稱及健保醫院代碼		
	其他(請註明_____)		轉介人員：		填單日期：年 月 日
檢體類別： <input type="checkbox"/> 1. 血液 <input type="checkbox"/> 2. 尿液 <input type="checkbox"/> 3. 流產組織 <input type="checkbox"/> 4. 臍帶水 <input type="checkbox"/> 5. 羊水 <input type="checkbox"/> 6. 其他 (請註明_____)					

檢查項目	細胞遺傳學檢驗結果
二、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> 3-4. 染色體脆折症 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 3-5. 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____) <input type="checkbox"/> 3-6. 血友病 <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3-7. 裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 <input type="checkbox"/> 3-8. 其他 <input type="checkbox"/> 3-1. 海洋型貧血確診 <input type="checkbox"/> 4. 胺基酸檢查 <input type="checkbox"/> 3-2. 脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 5. 有機酸檢查 <input type="checkbox"/> 3-3. 脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 6. 其他 二、精神疾病檢查	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型： _____ _____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗
建議及處理 <input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務 1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱： _____ 2_由原採檢醫師： _____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他 _____	海洋性貧血基因檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ， <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
	其他檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型： _____ _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
檢驗機構：醫院名稱及健保醫院代碼 醫師簽章： _____	
檢查日期：年 月 日	

註：1. 紀錄聯第一、二欄分別由個案或採檢醫院、診所填妥後，採檢院所自存第二聯，將第一聯送檢驗單位。
 2. 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。
 3. 補助個案相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局(台灣省個案)、台北市立聯合醫院婦幼院區(台北市個案)、高雄市政府衛生局(高雄市個案)，經審核無誤後撥款。