



個案資料由個案或採檢院所填寫

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|--|----------|--|--------|---|--------|----------------|-----|---|
| 檢測疾病 (檢測基因) | | | | | | | | | | |
| 個案 資料 | 姓名 | | 年齡 | 民國 | 年 | 月 | 日生 | 足歲 | 病歷號 | |
| | 電話 | 家：() | | | | | | 身分證號碼 /統一證號 | | |
| | | 公：() | | | | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 手機： | | | | | | | | | |
| | 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 縣 市 | 鄉鎮 區市 | 村 里 | 鄰 | 路 段 | 巷 弄 | 號 | 樓之 |
| 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 | 路 段 | 巷 弄 | 號 | 樓之 |
| 確診 家族點位 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 檢體 類別 | <input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 羊水_____mL | | <input type="checkbox"/> 流產物 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | |

個案或法定代理人同意檢測簽名：_____ 採檢日期：_____年 月 日 時 分

家族族譜和臨床症狀

| |
|--|
| |
|--|

送件單位資料由採檢院所填寫

(以下資料與報告寄送及收據開立相關請正確填寫，謝謝)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|---|----|
| 送 檢 單 位 資 料 | 送檢 醫院 | | 科別 | | 送檢醫師 | | | | | |
| | 報告郵 寄地址 | <input type="checkbox"/> 同送檢醫院地址 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 縣 市 | 鄉鎮 區市 | 村 里 | 鄰 | 路 段 | 巷 弄 | 號 | 樓之 |
| | 連絡人 | | | 連絡 電話 | | 報告傳真號碼 | | | | |
| 收據抬 頭開立 | <input type="checkbox"/> 個案姓名 <input type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | | |

送件單位資料由採檢院所填寫