

# 柯滄銘婦產科診所

## 個案紀錄單

檢體編號: \_\_\_\_\_ (由檢驗單位填寫)

個案資料由受檢者填寫

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	手機:										
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓
		市	區市	里	街						
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓	
		市	區市	里	街						
孕婦 產科史	(非孕婦產前診斷免填) 最後一次月經開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日								懷孕次數: _____ 次(包含本次)		
									懷孕週數: _____ 週(超音波週數)		

送檢資料由採檢院所填寫

送檢資料	病歷號碼		院所名稱		送檢醫師		
	檢體種類: <input type="checkbox"/> 1.血液 _____ c.c. <input type="checkbox"/> 2.羊水 _____ c.c. <input type="checkbox"/> 3.絨毛 _____ mg <input type="checkbox"/> 4.臍帶血 _____ c.c. <input type="checkbox"/> 5.其他 (請註明 _____)						
	聯絡人:		電話: _____ (分機 _____)		手機: _____		傳真: _____
	報告寄送之人及地址: _____						
電子郵件(E-mail): _____				抽取日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日		送檢日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	

申請檢驗項目由採檢院所填寫

申請檢驗項目: (請勾選或說明)	
一、分子染色體分析: <input type="checkbox"/> aCGH 基因體晶片分析 <input type="checkbox"/> MLPA 快篩染色體套數異常(13,18,21,X,Y) <input type="checkbox"/> 染色體已知套數異常 STR 快速確診(4,7,13,14,15,18,21,X,Y) <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndorme 檢查(15q11-q13) <input type="checkbox"/> DiGeorge(CATCH22)檢查(22q11) <input type="checkbox"/> Williams syndrome 檢查(7q11.23) <input type="checkbox"/> Cat eye syndrome 檢查(22q11) <input type="checkbox"/> 其他項目: _____	二、基因分析 <input type="checkbox"/> A 型血友病(Hemophilia A) <input type="checkbox"/> B 型血友病(Hemophilia B) <input type="checkbox"/> 亨丁頓舞蹈症(Huntington Disease) <input type="checkbox"/> 杜顯氏/貝克氏肌肉萎縮症(DMD/BMD) <input type="checkbox"/> 龐貝氏症/肝醣儲積症第 2 型 <input type="checkbox"/> 脊髓小腦萎縮症(SCA 1,2,3,6,7,12,17,DRPLA) <input type="checkbox"/> 其他項目: _____
醫囑:	家族譜:

檢驗單位填寫

收檢人員簽章		收檢時間	年	月	日	時	分	<input type="checkbox"/> 立案 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 退件
備註								

聯絡電話: 02-33931030 傳真: 02-33931077 檢體寄送地址: (10050)台北市中正區林森南路 10 號 1 樓 基因室 收