

柯滄銘婦產科轉診單

● 基本資料		
病患姓名：	出生日期：民國 年 月 日	
轉診日期： 年 月 日	原診治醫院病歷號碼：	
● 原診治醫院資料		
院(所)名稱：	主治醫師：	聯絡人：
地址： 縣(市) 市(鎮鄉區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓 室		
電話：	傳真：	
● 轉診檢查項目【請勾選】		
勾選	檢驗項目	備註
A. 染色體分析		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 流產組織	
B. 基因晶片分析(aCGH)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 臍帶血 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他_____	
C. 單一基因遺傳疾病檢測服務		
<input type="checkbox"/>	海洋性貧血檢測服務	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脊髓性肌肉萎縮症(SMA) <input type="checkbox"/> DMD/BMD 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> A 型血友病(Hemophilia A) <input type="checkbox"/> B 型血友病(Hemophilia B) <input type="checkbox"/> Huntington 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 耳聾基因 <input type="checkbox"/> hAR 男性女性化症 <input type="checkbox"/> Pompe Disease 龐貝氏症 <input type="checkbox"/> 血型基因檢測 <input type="checkbox"/> ACH 軟骨發育不全 <input type="checkbox"/> CAH 先天性腎上腺增生 <input type="checkbox"/> 神經纖維瘤(NF1) <input type="checkbox"/> 致死性侏儒症 <input type="checkbox"/> 結節性硬化症(TSC) <input type="checkbox"/> 其他_____	
D. 親緣關係鑑定服務		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 父(母)子(女) <input type="checkbox"/> 祖孫/叔姪 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他_____	
E. 多胞胎減胎術		
<input type="checkbox"/>	多胞胎減胎術	
● 原診治醫院診療摘要		
轉介醫師：_____		
● 診療摘要及建議事項		
診治醫師：_____		

● 掛號時間：上午 8:40-11:30 下午 13:40-17:30 僅接受網路預約及現場掛號，不開放電話預約

● 休診時段：星期二、四上午 星期日及國定假日全日休診

● 台北市林森南路 10 號 1 樓（林森南路與濟南路口/捷運善導寺站 3 號出口）

TEL：02-33933939

FAX：02-33931077