

# 柯滄銘婦產科轉診單

<b>● 基本資料</b>			
病患姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期：民國      年      月      日		身份證字號：	
戶籍地址：              縣(市)              市(鎮鄉區)              路(街)      段      巷      弄      號      樓			
轉診日期：      年      月      日		原診治醫院病歷號碼：	
<b>● 原診治醫院資料</b>			
院(所)名稱：		主治醫師：	聯絡人：
電話：		傳真：	
<b>● 轉診檢查項目【請勾選】</b>			
勾選	代號	檢驗項目	備註
<b>A 細胞遺傳分析</b>			
	A01	染色體分析： <input type="checkbox"/> 羊水 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 流產組織	
<b>B 遺傳疾病檢測服務</b>			
	B01	海洋性貧血檢測服務	
	B02	單一基因遺傳疾病檢測服務： <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"/> Huntington 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> A 型血友病(Haemophila A) <input type="checkbox"/> B 型血友病(Haemophila B)	
	B03	<input type="checkbox"/> ISCA 細胞基因體晶片分析(aCGH)	
	B04	其他項目：_____	
<b>● 原診治醫院診療摘要(或族譜)</b>			
轉介醫師：_____			

- 掛號時間：上午 8:50-11:30      下午 13:50-17:30
- 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