

優生健康檢查個案記錄聯

以下由介紹人填寫(請用原子筆填寫)

自費案()
縣市預算補助案()
省市預算補助案()
省市預算補助案()
其他來源補助案()

姓名		身份證 統一編號	
年齡	年 月 日生, 足歲	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 小學 <input type="checkbox"/> 3. 初中初職 <input type="checkbox"/> 4. 高中高職 <input type="checkbox"/> 5. 專科 <input type="checkbox"/> 6. 大學或以上	職業	工作單位 職位
戶籍所在地之住址門牌	縣市 鄉鎮區市 村里 鄰	路街 段 巷 弄 號 樓	電話
			日 夜
目前居住住址門牌	縣市 鄉鎮區市 村里 鄰	路街 段 巷 弄 號 樓	電話
			日 夜
介紹人	姓名	填單日期	
	身份	<input type="checkbox"/> 1. 衛生所(局)人員 <input type="checkbox"/> 2. 軍公立醫院醫護人員 <input type="checkbox"/> 3. 私立醫院診所醫護人員 <input type="checkbox"/> 4. 開業助產士 <input type="checkbox"/> 5. 其他(請註明)	
來診原因	<input type="checkbox"/> 1. 本人疑有遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 2. 本人疑有精神疾病 <input type="checkbox"/> 3. 家族疑有遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 4. 家族有精神疾病 <input type="checkbox"/> 5. 婚前健康檢查 <input type="checkbox"/> 6. 其他(請註明)		

第一聯：由衛生局轉至個案所屬衛生所追蹤用。

以下由醫院填寫

檢查日期： 年 月 日

檢查項目及方法	1. 遺傳性疾病檢查： <input type="checkbox"/> (1)細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> (2)染色體檢查 <input type="checkbox"/> (3)海洋性貧血檢查 <input type="checkbox"/> (4)其他(請註明_____) 2. 精神疾病檢查： <input type="checkbox"/> (1)心理測驗 <input type="checkbox"/> (2)腦波檢查 <input type="checkbox"/> (4)其他(請註明_____) 		
檢查結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 不正常(請註明疾病名稱 _____	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. 其他(請註明) _____
醫院名稱 _____ 醫院所在地 _____ 市 _____ 區或 _____ 縣 _____ 市鎮鄉 醫師簽章 _____			

第1,2聯 由介紹人填妥後由個案攜至檢查醫院檢查,再由醫院視個案之戶籍地址,屬台北市個案寄台北市立婦幼醫院優生保健科;高雄市個案寄高雄市家庭計畫推廣中心;台灣省個案則寄當地衛生局。