

G6PD 缺乏症確認診斷報告

預約日期：_____

I. 姓名：_____；篩檢中心編號(台大； 台北病理中心； 婦幼衛生協會)：_____

性別： 男； 女；出生日期：_____；轉介醫院病歷號：_____

電話：_____；住址：_____

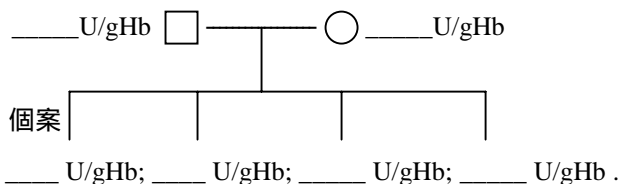
II. 確認檢查及家族檢驗：

親屬關係	姓名	性別	年齡	籍貫	採集日期	檢驗結果	備註	籍貫代碼
父親								(1)閩南
母親								(2)客家
個案								(3)福建
								(4)廣東
								(5)原住民
								(6)其他省籍
								(7)外國人
								(8)不詳

(左側空白處,請各轉介醫院自行加蓋確認檢查之方法及參考值範圍)

III. 臨床診斷：(注意:黃疸及貧血)及其他檢查：

IV. 家族圖譜：



負責人簽名：_____；日期：_____

轉介醫院：_____

VI. 備註：

- (I)項由轉介醫院協調員把已知資料先填寫好，再依預約日期排列歸檔。
- 籍貫欄請填入籍貫代碼。
- 家族檢驗結果請填寫完全，年齡以實歲為準。
- 圖譜 □：男， ○：女。
 ■：半接合子(Hemizygote)； ●：純合子(Homozygote)； ⊙：雜合子(Heterozygote)
- 請將本報告寄回篩檢中心：
 - 台大醫院新生兒篩檢室，台北市 10016 常德街一號；電話：(02)312-3456 ext 6716
 - 台北病理中心新生兒篩檢室，台北市仁愛路四段十號十二樓；電話：(02) 704-4075
 - 中華民國婦幼衛生協會新生兒篩檢室，台北郵政 48-133 號信箱；電話：(02)760-9461

下由篩檢中心填寫：

- 確認編號：_____；初檢採集機構：_____之病歷號：_____
- 篩檢結果：

	初檢編號	採集日期	報告日期	結果	備註
初檢					

FORM RH-4

第一聯：由轉介醫院自存