檢驗編號　　請勿填寫

(請蓋章)醫療機構 _____ (_____)

(限用原子筆)病歷號 □□□□□□□□□□□□

母親電話 (□□□□) □□□□□□□□□□

母親姓名 _____ 之男□，女□

出生日期 □□年□□月□□日；出生體重 □□□□

哺乳日期 □□年□□月□□日；輸血：否□，是□

採血日期 □□年□□月□□日；戶籍代碼 □□

母親身份證字號 □□□□□□□□□□

XXXXXXXXXXXXX 新生兒篩檢中心　電話:(XX) XXX-XXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

注意：血液完全透至反面，並且填滿圓圈，勿觸摸圓圈處。請至少填滿四個圓圈。

1　2　3　4　5　6　7

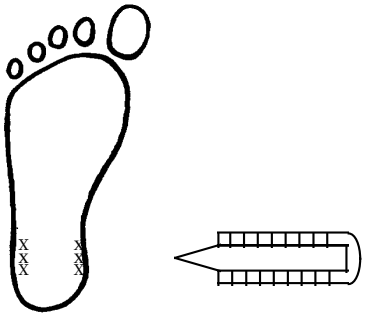
注意事項

1、採血前先登記姓名於濾紙上。

2、刺血針下針部位見**右圖**。

3、以毛細管取血後,點於圓圈上。

4、**血點完全陰乾後,才可密封於袋內(大約四小時,血點呈深褐色)**



中華民國婦幼衛生協會
附設醫事檢驗中心
新生兒篩檢室
台北郵政 48-133 號信箱
電話 ：(02) 760-9461　FAX ：(02) 760-9462

FORM SAMP