



個案資料由個案或採檢院所填寫

檢測疾病 (檢測基因)															
個案資料	姓名 (必填)	出生日期 (必填)		西元	年	月	日	病歷號							
	身分證字號 (必填)	行動電話 (必填)					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
	戶籍地址	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	之
				市	區市	里	街								
	通訊地址	<input type="checkbox"/>	同戶籍地址												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	之	
			市	區市	里	街									
確診 家族點位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		檢體 類別	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA)		<input type="checkbox"/> 羊水_____mL		<input type="checkbox"/> 流產物			<input type="checkbox"/> 其他_____				

1. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
2. 接受衛生福利部國民健康署補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。
3. 本人 同意 不同意 於檢測結果完成後，將剩餘檢體供研究使用(若未勾選則視為同意)。
4. 受檢測人於同意書上完整提供身份證字號、生日、手機號碼，方可使用慧智線上報告查詢系統。如欲查詢請登入慧智入口網站：www.sofiva.com.tw。

個案或法定代理人同意檢測簽名：_____ 採檢日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族族譜和臨床症狀

--

送檢單位資料由採檢院所填寫

(以下資料與報告寄送及收據開立相關請正確填寫，謝謝)

送檢單位資料	送檢醫院			科別			送檢醫師								
	報告郵寄地址	<input type="checkbox"/> 同送檢醫院地址													
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	之
				市	區市	里	街								
	連絡人			連絡電話			報告傳真號碼								
	收據抬頭開立	<input type="checkbox"/> 個案姓名 <input type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> 其他_____													

送檢單位資料由採檢院所填寫