

|           |   |   |      |    |       |
|-----------|---|---|------|----|-------|
| 檢測基因      |   |   |      |    |       |
| 家族人員編號    | 1 | 2 | 3    | 4  | 5     |
| 病歷號碼      |   |   |      |    |       |
| 姓名(必填)    |   |   |      |    |       |
| 出生日期(必填)  |   |   |      |    |       |
| 身分證字號(必填) |   |   |      |    |       |
| 行動電話(必填)  |   |   |      |    |       |
| 性別        |   |   |      |    |       |
| 檢體類別      |   |   |      |    |       |
| 地址        |   |   |      |    |       |
| 採檢院所/醫師   |   |   | 採檢日期 | 西元 | 年 月 日 |

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分證字號、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](http://www.sofiva.com.tw)。

個案或法定代理人同意檢測簽名：

1. \_\_\_\_\_、2. \_\_\_\_\_、3. \_\_\_\_\_、4. \_\_\_\_\_、5. \_\_\_\_\_

請畫族譜和敘述臨床症狀

聯絡人/電話：