

檢測疾病 (檢測基因)					確認家族點位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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"/> □□□-□□				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> □□□-□□				
小兒/成人檢測填寫	檢體類別	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____				
產前檢測填寫	檢體類別	<input type="checkbox"/> 羊水_____ml (應大於 10 ml), 外觀: <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 棕褐色 <input type="checkbox"/> 血紅色 <input type="checkbox"/> 絨毛 <input type="checkbox"/> 臍帶血 <input type="checkbox"/> 流產物 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	產科史	懷孕次數(含此次): 自然流產數: 人工流產數: 死產數: 新生兒異常數: 病名: 懷孕週數: 週 (超音波)				

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。

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

(以下為報告寄送及收據開立相關資料，請務必正確填寫，謝謝)

送檢單位資料	送檢醫院		部別/科別		送檢醫師 (主治醫師)	
	報告郵寄地址	<input type="checkbox"/> 同送檢醫院地址 <input type="checkbox"/> □□□-□□				
	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_____				