

檢測基因				採檢日期 (YYYY/MM/DD)	
家族人員編號	1	2	3	4	5
檢體編號 (由檢驗單位填寫)					
病歷號碼					
姓名(必填)					
出生日期(必填) (YYYY/MM/DD)					
身分證字號(必填)					
行動電話(必填)					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
檢體類別	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA) <input type="checkbox"/> 其他_____
通訊地址	□□□-□□				

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. \_\_\_\_\_

### 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 □□□-□□				
	連絡人		連絡電話		報告傳真號碼	