

【附表八】

注意事項：本檢查經費由衛生福利部國民健康署於害防制及衛生保健基金支應。

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查表

支付方式：①預防保健；②健保醫療給付；③其他公務預算補助；④自費健康檢查；⑤其他。

篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②門診；③住院；④郵寄；⑤其他。

基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證統一編號 \_\_\_\_\_ 聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

統一證號(外籍) \_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□)

縣 市鄉 村 路 段 巷 號

市 區鎮 里 街 弄 樓

教育：①無；②小學；③國(初中)；④高中(職)；⑤專科、大學；⑥研究所以上；

⑦拒答

家族病史

1. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？①無；②有；③不知道。

2. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？①無；②有；③不知道。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血或黃便帶血等①無；②有。

本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上資料正確無誤：\_\_\_\_\_ (簽名)

個案檢查情形 (檢查醫療院所)

檢查醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，門診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_

2. 檢驗日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

3. 檢驗結果：①陰性 ②陽性，數值：\_\_\_\_\_。

4. 定量試劑商品名稱：①Eiken，②Kyowa (HM-JACK)，③其他\_\_\_\_\_，④Kyowa (HM-JACKarc)。

個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ①沒有；②有。

2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他\_\_\_\_\_。

3. 確診醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

4. 檢查方法：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉭劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉭劑攝影，⑤其他\_\_\_\_\_。

5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④癌肉，⑤大腸癌，⑥其他\_\_\_\_\_。

\*如有癌肉，癌肉有無切除：①未切除 ②已完全切除 ③未完全切除。

6. 癌症治療：①無，原因：\_\_\_\_\_

②有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：\_\_\_\_\_。

備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科(中心)」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」，或「乙狀結腸鏡加大腸鉭劑攝影」。