

附件六：

## 孕婦乙型鏈球菌檢查紀錄表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康署(新北市新莊區長青街2號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意

一、個人基本資料																
姓名					身分證字號											
					護照號碼 (外籍人士)											
出生日期	_____年_____月_____日				聯絡資訊		電話：(____) _____ 手機：_____									
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>縣          市鄉          村          路          段          巷          號</span> <span>市          區鎮          里          街                  弄          樓</span> </div>															
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中/專科； <input type="checkbox"/> 大學以上。															
二、乙型鏈球菌檢查資料(採檢/檢查醫療機構填寫)																
採檢/檢查醫事機構名稱					採檢/檢查醫事機構代碼											
採檢日期	_____年_____月_____日				篩檢時之孕期週數		第_____週									
早產現象	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				檢查(採檢)醫師簽章											
三、檢驗醫事機構填寫																
檢驗醫事機構名稱	聯合醫事檢驗所				檢驗醫事機構代碼		9	4	0	1	0	2	0	0	1	2
檢驗日期	_____年_____月_____日				檢驗結果		<input type="checkbox"/> 陽性—抗生素藥敏試驗 <input checked="" type="checkbox"/> 具敏感性_____ <input checked="" type="checkbox"/> 具抗藥性_____ <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 檢驗失敗									
檢驗者簽章																

註：●：其欄位請填報以下抗生素之代碼，如代碼1：penicillin、代碼2：ampicillin、代碼3：clindamycin、代碼4：erythromycin、代碼5：vancomycin