

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：☐①預防保健；☐③健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；☐⑨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

病歷：_____

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：_____年_____月_____日

身份證統一編號：_____ 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、黃便帶血或其他症狀☐①無；☐②有

*本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目地使用

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：民國_____年_____月_____日。

糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

大安聯合醫事檢驗所

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：_____ 健保代號：JY01020147

2. 檢驗日期：民國_____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，☐②其他_____，☐③Kyowa(HM-JACKarc)。

個案確診結果

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：民國_____年_____月_____日。

4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②其他_____。

5. 診斷：☐①正常，☐②痔瘡，☐③潰瘍性大腸炎，☐④瘰肉，☐⑤大腸癌，☐⑥其他_____。

*如有瘰肉，瘰肉有無切除：☐①未切除，☐②已完全切除，☐③未完全切除。

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」。