

柯滄銘婦產科診所

個案紀錄單

檢體編號：_____（由檢驗單位填寫）

個案資料由受檢者填寫

個案資料	姓 名		年 齡	民國	年	月	日	生	足 歲	身分證號碼 /統一證號		
	電 話	家：() 公：()								個案國籍別		
		手機：								性 別	☐ 男 ☐ 女	
	戶籍地址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街										
	通訊地址	☐ 同上 ☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街										
孕婦 產科史	(非孕婦產前診斷免填) 懷孕次數：_____次(包含本次) 最後一次月經開始日： 年 月 日 懷孕週數：_____週(超音波週數)											

送檢資料由採檢院所填寫

送 檢 資 料	病歷號碼		院所名稱		送檢醫師	
	檢體種類： ☐ 1.血液 _____ c.c. ☐ 2.羊水 _____ c.c. ☐ 3.臍帶血 _____ c.c. ☐ 4.其他（請註明_____）					
	聯絡人： 電話： (分機) 手機： 傳真：					
	報告寄送地址. 單位及收件人： _____ 電子郵件(E-mail): _____ 抽取日期： 年 月 日 送檢日期： 年 月 日					

申請檢驗項目由採檢院所填寫

申請檢驗項目：（請勾選或說明）	
一、分子染色體分析： ☐ aCGH 基因體晶片分析 ☐ MLPA 快篩染色體套數異常(13,18,21,X,Y) ☐ 染色體已知套數異常 STR 快速確診(4,7,13,14,15,18,21,X,Y) ☐ Prader-Willi 檢查(15q11-q13) ☐ Angelman syndorme 檢查(15q11-q13) ☐ DiGeorge(CATCH22)檢查(22q11) ☐ Williams syndrome 檢查(7q11.23) ☐ 二合一男性不孕症基因檢查(克氏症候群+Y 染色體缺失) ☐ 其他項目：_____	二、基因分析 ☐ A 型血友病(Hemophilia A) ☐ B 型血友病(Hemophilia B) ☐ 亨丁頓舞蹈症(Huntington Disease) ☐ 杜顯氏/貝克氏肌肉萎縮症(DMD/BMD) ☐ 龐貝氏症/肝醣儲積症第 2 型 ☐ 脊髓小腦萎縮症(SCA 1,2,3,6,7,8,10,12,17,DRPLA) ☐ NGS 次世代定序分析：_____ ☐ 其他項目：_____
醫囑：	家族譜：
收檢人員簽章	收檢時間 年 月 日 時 分 ☐ 立案 ☐ 補件 ☐ 退件
備 註	

檢驗單位填寫

聯絡電話: 02-33931030 傳真:02-33931077 檢體寄送地址: (10050)台北市中正區林森南路 10 號 1 樓 行政中心 收