

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

第一聯：存檢查醫療機構

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

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：民國____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的使用

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）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
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_____，☐③ Kyowa（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瘻肉，☐⑤大腸癌，☐⑥其他_____。

*如有瘻肉，瘻肉有無切除：☐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」。

（114年1月修訂）

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

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：民國____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、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的使用

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）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
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_____，☐③ Kyowa（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瘻肉，☐⑤大腸癌，☐⑥其他_____。

*如有瘻肉，瘻肉有無切除：☐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」。

（114年1月修訂）

健康署四十歲至四十四歲且其父親、母親、兄弟姐妹或子女曾患有大腸
癌之定量免疫法糞便潛血檢查服務聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），因為_____之
原因，故無法出具一親等以內血親曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關
係相關文件，茲證明我的 ☐父親，☐母親，☐兄弟姐妹，☐子女 曾患
有大腸癌，該名親屬姓名為_____，身分證統一編號（死亡者免
填）：_____，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：_____（簽章）

身分證統一編號或統一證號(外籍)：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。