

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；
☐⑥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，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

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

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。

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」。

（113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；
☐②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、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，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

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

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。

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」。