

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：☐❶預防保健；☐❷健保醫療給付；☐❸其他公務預算補助；☐❹自費健康檢查；☐❺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)

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□)

縣 市	鄉 鎮 區	村 里	路 街	段	巷 弄	號 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

家族病史及吸菸習慣

1.吸菸史：☐無；☐有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：歲。

2.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？☐ 0 無；☐ 1 有；☐ 2 不知道。

3. 請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？☐ ① 無；☐ ② 有；☐ ③ 不知道。

以上如有任一項填寫“有”，請繼續填寫附表五之六。

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 ☐ 0 無; ☐ 1 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。

大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表

本人 (簽名) 身分證字號：

☐同意 ☐不同意，進行以下大腸癌篩檢之家族史及吸菸習慣問卷填答，供後續相關政策評估。

一、吸菸習慣：

☐已戒菸，戒菸年齡：_____歲 ☐吸10年以下，每天少於20支； ☐吸10年以下，每天20支或以上；
☐吸超過10年，每天少於20支； ☐吸超過10年，每天20支或以上。

二、家族病史：

1.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸直腸癌，請填寫以下表格：

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
罹癌人數														
罹癌年紀														

2.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸癌以外的其他癌症，請填寫以下表格：

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
癌別														
罹癌人數														
罹癌年紀														

*其他父系親屬：僅含曾祖父母、祖父母、伯、叔、姑、姪男(女)、孫子(女)

*其他母系親屬：僅含外曾祖父母、外祖父母、舅父、姨母、外甥(女)、外孫子(女)

**若罹癌人數超過3位，罹癌年齡自最小年齡起算3位

訪問人員簽名(醫療院所)：

日期： 年 月 日

備註：大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表，請視同病歷資料留存院所備查。