

國軍新竹地區醫院 三病房

新生兒篩檢 檢附資料單

姓名：

病歷號：

出生日期： 年 月 日 時

採血日期： 年 月 日 時

出生體重： gm

父親姓名： 出生地：

身分證字號： 血型：

母親姓名： 出生地：

身分證字號： 血型：

住址：

手機號碼： 電話：

(請留坐月子電話或手機號碼，若有異常狀況以利聯繫)

篩檢：基本11項23項免費罕見疾病龐貝氏症SCID

HBsAg：+-；HBeAg：+-；GBS：PositiveNegative

嬰兒性別：男女；自費檢驗血型：是否

床號： 週數： 嬰兒預估體重：

預C/S時間： 原因： 醫生：顏翁陳曹