

新竹縣孕產婦疑似感染人類免疫缺乏病毒報告單

★請保護病人隱私權

※請先致電(03-6575234)通知本局，並傳真此報告單至 03-6575235 備查。

醫院 資料	醫院/ 診所		院所 代碼		電 話			
	診斷 醫師		院所 地址	新竹縣 鄉鎮 市區	街 路	段 巷	號	
患者 資料	患者 姓名		生 日	年 月 日	身分證字號/護照號碼			
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其它(請註明) 居留身分： <input type="checkbox"/> 外籍移工 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 <input type="checkbox"/> 大陸人士 <input type="checkbox"/> 大陸配偶 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 其它		電 話	公： 家： 手機：	婚 姻 狀 況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未知	
	居住 地址	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷	弄 號	樓 之
	歷 次 懷 孕 情 形	懷孕次數(含本次)：_____		本 次 懷 孕 情 形	LMP：_____			
	流產次數：_____			預產期：_____				
	活產數：_____			目前週數：_____、 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無產兆				
病 歷 與 日 期	病 歷 號 碼		就 診 日 期	年 月 日	危 險 因 子 (<u>請註明</u>): _____			
	主 要 症 狀		診 斷 日 期	年 月 日				
	住 院 情 況	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 轉院，日期 年 月 日轉至_____院所						
報 告 日 期	年 月 日	衛 生 局 收 到 日	年 月 日	疾 管 署 區 管 中 心 收 到 日	年 月 日			
疾 病 資 料	疑似人類免疫缺乏病毒(HIV)感染							
	1.個案主訴為 HIV 感染者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	2.HIV 檢驗結果為陽性，檢驗方式(請註明檢驗方法與檢驗執行單位)：							
	<input type="checkbox"/> 抗原/抗體複合型檢測，檢驗執行單位：_____							
<input type="checkbox"/> 抗體篩檢，檢驗執行單位：_____								
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____ 檢驗執行單位：_____								
備 註								

-----以下為衛生單位填寫-----

<input type="checkbox"/> 本案經查詢為	<input type="checkbox"/> 本局	<input type="checkbox"/>	衛生局 列管中舊案
<input type="checkbox"/> 本案查無通報資料，為疑似感染人類免疫缺乏病毒(HIV)新案			
承辦人		主管核章	