

附表二之五

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

| 一、個人基本資料                          |   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
|-----------------------------------|---|---|---|----------------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| 姓名                                |   |   |   | 身分證字號                      |  |  |  |   |  |  |  |
|                                   |   |   |   | 居留證統一證號/<br>護照號碼<br>(外籍人士) |  |  |  |   |  |  |  |
| 出生日期                              | 年   | 月 | 日 | 聯絡資訊                       |  |  |  | 電話：( )<br>手機：   |  |  |  |
| 現居住地址                             | 鄉鎮市區代碼：□□□□<br>縣 市鄉 村 路 段 巷 號<br>市 區鎮 里 街 弄 樓   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
| 本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。 |   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
| 二、產前檢查常規項目檢驗資料 (產檢院所填寫)           |   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
| 產檢院所名稱                            |   |   |   | 產檢院所<br>醫事機構代碼             |  |  |  |   |  |  |  |
| 檢查日期<br>【註一】                      | 年   | 月 | 日 | 篩檢時週數                      |  |  |  | 第 週   |  |  |  |
| 身高                                | _____公分   |   |   | 體重                         |  |  |  | _____公斤   |  |  |  |
| BMI<br>【註二】                       | _____kg/m <sup>2</sup>  |   |   | 本次檢卡序                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> IC41 或 IC5B<br><input type="checkbox"/> IC47 或 IC5H  |  |  |  |
| 檢查項目                              | 結 果   |   |   | 檢查項目                       |  |  |  | 結 果   |  |  |  |
| RH因子                              | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性   |   |   | 第一次梅毒血清反應<br>(VDRL 或 RPR)  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性   |  |  |  |
| 血型                                |   |   |   | 第二次梅毒血清反應<br>(VDRL 或 RPR)  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性   |  |  |  |
| 白血球(WBC)                          | _____x10 <sup>3</sup> /uL   |   |   | B型肝炎表面抗原                   |  |  |  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性<br><input type="checkbox"/> 未檢查   |  |  |  |
| 紅血球(RBC)                          | _____x10 <sup>6</sup> /uL   |   |   | B型肝炎e抗原                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性<br><input type="checkbox"/> 未檢查   |  |  |  |
| 血小板(Plt)                          | _____x10 <sup>3</sup> /uL   |   |   | 尿 液 常 規                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 異常(請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選)  |  |  |  |
| 血球容積比(Hct)                        | _____%  |   |   |                            |  |  |  | <input type="checkbox"/> (1)尿蛋白 <input type="checkbox"/> (2)尿糖<br><input type="checkbox"/> (3)顏色 <input type="checkbox"/> (4)比重<br><input type="checkbox"/> (5)混濁度 <input type="checkbox"/> (6)酸鹼度<br><input type="checkbox"/> (7)白血球 <input type="checkbox"/> (8)尿沉渣<br><input type="checkbox"/> (9)尿膽元 <input type="checkbox"/> (10)膽紅素<br><input type="checkbox"/> (11)潛血 <input type="checkbox"/> (12)酮體<br><input type="checkbox"/> (13)其他 _____ |  |  |  |
| 平均紅血球體積(MCV)                      | _____fl   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
| 血色素(Hb)                           | _____g/dl   |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |
| 德國麻疹<br>抗體反應                      | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br><input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性<br><input type="checkbox"/> 弱陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查 |   |   |                            |  |  |  |   |  |  |  |

【註一】 檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】 此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。