

附表六

受術夫妻健康檢查及評估表

受術妻	受術夫
<p>一、基本資料</p> <p>1、姓名：_____</p> <p>2、出生日期：____年____月____日</p> <p>3、國民身分證統一編號： □□□□□□□□□□</p> <p>4、外籍人士之統一證號^(註)： □□□□□□□□□□</p> <p>5、外籍人士之護照號碼： □□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史： <input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1、梅毒：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有</p> <p>2、愛滋病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有</p> <p>3、其他傳染性疾病病史： <input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p>	<p>一、基本資料</p> <p>1、姓名：_____</p> <p>2、出生日期：____年____月____日</p> <p>3、國民身分證統一編號： □□□□□□□□□□</p> <p>4、外籍人士之統一證號^(註)： □□□□□□□□□□</p> <p>5、外籍人士之護照號碼： □□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史： <input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1、梅毒：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有</p> <p>2、愛滋病：<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有</p> <p>3、其他傳染性疾病病史： <input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，病名：_____</p>

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。