

糞便檢查單

姓名 _____ 病歷號碼:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

日期 _____ 急診 門診 病床號 _____
醫師 _____ 健保 一般

臨床診斷: _____

採檢日: _____

<input type="checkbox"/> 0201 Stool Routine (0201-0203) Character: Soft, Formed, Hard Fluid, Semifluid, Color: Brown, Yellow, Black, Green, Tarry, Red, Clay Mucus _____ RBC _____ WBC _____ Ova(Direct) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0202 Occult Blood <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0219 糞便白血球檢查 <input type="checkbox"/> 0220 iFOBT <input type="checkbox"/> 0220A iFOBT(預防保健)	<input type="checkbox"/> 0203 Parasite Ova (Direct method) <input type="checkbox"/> 0204 Parasite Ova (濃縮法) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0205 Amoeba (濃縮法) <input type="checkbox"/> 0218 蟯蟲膠片檢查 Perianal swab <input type="checkbox"/> 0208 Reducing Substance <input type="checkbox"/> 0209 Starch stain <input type="checkbox"/> 0210 Neutral fat stain <input type="checkbox"/> 0213 APT's test <input type="checkbox"/> 0214 PH <input type="checkbox"/> 0215 Trypsin test <input type="checkbox"/> 0216 α -1 antitrypsin* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0910 Occult Blood (嘔吐物或引流物)
--	---

Reporting Date ____/____/____

Examiner _____

批價人員 _____

※ 雙欄位均打勾，表急件檢查。

嘉義基督教醫院製 2018/7/4