

**\*為必填欄位**

申請檢測單位*	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院		
申請檢測單位地址*	嘉義市忠孝路539號 2B檢驗科血清免疫組		
申請檢測單位聯絡人*	檢驗科李組長	連絡電話*	(05) 276-5041 #_5219/5213__
檢體姓名*	條碼黏貼處	檢體類型*	周邊血
檢體編碼*		採集容器種類*	<input type="checkbox"/> K2 EDTA 紫頭管 <input checked="" type="checkbox"/> Streck Cell-free DNA 迷彩管
檢體採集部位*	<input checked="" type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 人工血管 <input type="checkbox"/> 腳 <input type="checkbox"/> 其他	採血管數量*	1
檢體採集日期*	西元      年      月      日	檢體採集時間*	上午      時      分 下午

**申請檢測項目 (請勾選)\***

醫令碼	勾選	檢測項目名稱	技術項目	服務範圍
<b>R2072</b>	<b>V</b>	循環腫瘤細胞數量檢測	自費項目	外送強鈺生醫

**備註欄**

檢體置放時保溫袋溫度*	檢體取出時保溫袋溫度*
22 °C	
*申請單位簽章	*檢驗科簽章
簽章及日期 Sing & Date	簽章及日期 Sing & Date

**報告收件資訊**

姓名		姓名	
Email		Email	

檢體資訊：請由臨床醫師或護理人員協助填寫

癌症史	<input type="checkbox"/> 無任何癌症病史 <input type="checkbox"/> 有癌症病史(請續填下列問卷) 罹癌初次診斷日期：      年      月      日		
癌別	<input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸直腸癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 攝護腺 ( 前列腺 ) 癌	<input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 口腔癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 胰臟癌	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 卵巢 ( 輸卵管 ) 癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 其他
腫瘤分期	T      N      M	轉移部位	
目前治療	<input type="checkbox"/> 尚未接受治療 <input type="checkbox"/> 手術治療；日期： <input type="checkbox"/> 化學治療；最後一次用藥時間： <input type="checkbox"/> 標靶治療；最後一次用藥時間： <input type="checkbox"/> 放射治療；日期： <input type="checkbox"/> 其他治療；最後一次用藥時間：		
目前健康狀態	<input type="checkbox"/> 症狀緩解 <input type="checkbox"/> 疾病進展中 <input type="checkbox"/> 腫瘤復發；時間：      部位：		