



一、基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日
身分證字號		市話		手機	
報告 寄送方式	<input type="checkbox"/> Email:				
	<input type="checkbox"/> 地址：				
送檢單位		送檢日期		送檢醫檢師	
檢驗項目	<input type="checkbox"/> 喚肝20® <input type="checkbox"/> BioFibroScore® <input type="checkbox"/> myPre-S™				
付款資訊	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 其它				
發票	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 三聯式	發票抬頭		統編	

二、健康自評	
是否曾經感染過B型肝炎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ； <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 已治療
是否曾經感染過C型肝炎	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ； <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 已治療
是否曾被醫師診斷出脂肪肝	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否有糖尿病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否需要應酬時飲酒	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否有長期服用藥物	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ； 藥物名稱類型：_____

三、本人及家族疾病史	
高血壓： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____	中風： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____
心臟病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____	肝炎： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____
糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____	癌症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____
氣喘病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____	失智症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____
肺結核： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____	心血管疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，關係：_____

本人

(簽名) 委請貴檢驗所施行以上自費檢驗服務，已充分了解並同意以下事項：

1. 肝纖維化成因多樣且複雜，包含病毒性肝炎(A、B、C、D型肝炎最常見)、酒精、藥物、代謝性或自體免疫疾病…等，目前臨床上採用之黃金標準為肝穿刺切片結果；肝纖維化之成因不只一種，檢驗結果之準確率約為95%，但對於藥物、代謝性或自體免疫疾病引發之肝纖維化，目前仍在臨床試驗階段，準確率無法保證可達95%。
2. BioFibroScore®檢驗是使用肝纖維化生物標記檢驗套組專利技術，係依據檢測血清中與肝纖維化有關的蛋白含量，以專利方法判斷肝纖維化之程度。
3. 為確保檢驗品質及準確度，若遇血液檢體(下稱檢體)不良時，將重新採檢(如檢體量不足、凝血、溶血)。
4. 此項檢驗之結果可供醫師作為臨床診斷參考，本人可就檢驗結果諮詢貴檢驗所之醫檢師或專科醫師。
5. 本人了解此檢驗之內容、準確度及侷限性，以及抽血過程中可能產生輕微疼痛、淤血等副作用；檢驗服務一經售出，除非不可抗拒之因素，否則不得要求退費或折抵其他服務。
6. 本人同意貴檢驗所依據上述規定，向本人蒐集、檢驗上述個人基本資料(下稱個資)及檢體，剩餘檢體依貴檢驗所之規範保存或銷毀。
7. 本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求，個人資料之蒐集、處理及使用均受個人資料保護法及相關法令之規範。如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。

(以下由居禮檢驗所填寫)

收檢人員簽章 _____

日期 _____

立案 補件 退件