

附表六

受術夫妻健康檢查及評估表

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

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。