

免疫腫瘤細胞抓取系統檢驗預約同意書

受測者基本資料		
姓名：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日：
身分證字號：	市話：	手機：
報告寄送方式	地址：	
	mail:	
送檢單位：	預計抽血日期：	

受測者健康評估	
是否曾感染過 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
是否曾感染過人類免疫缺乏病毒 (AIDS)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ； <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 已治療
是否罹患癌症	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；癌症名稱_____； <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 已治療
是否罹患其他疾病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；疾病名稱_____； <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 已治療

本人_____同意自費施行以上檢測服務，並已經了解以下事項:

1. 本人已詳讀免疫細胞抓取系統預約檢測規範。
2. 本人同意貴單位依據上述規定，向檢測者蒐集上述個人基本資料(下稱個資)及檢體，剩餘檢體依貴檢驗所之規範保存或銷毀。
3. 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。

-----以下由檢測室填寫-----

檢體編號_____ 收檢人員_____ 日期_____