

財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所
新生兒篩檢檢驗項目加驗申請單

醫療機構及代碼：_____

母親身份證字號：_____ 篩檢編號：_____

母親姓名：_____ 之 男 女

多胞胎：A B C 出生年月日：____年____月____日

申請加驗項目：

SMA+SCID+BD LSD 四合一 MPS+ALD

申請加驗原因：

保險因素延遲受檢 其他_____

是否重新採集檢體：

否。出生後 3 個月內篩檢中心可調初檢血片加驗。

(限原採集機構申請)

是。出生後 6 個月內重採血片，連同申請單寄送篩檢中心。

(出生滿 6 個月以上不提供申請加驗)

申請人：_____ 日期：____年____月____日

-----以下由新生兒篩檢中心填寫-----

初檢編號：_____ 加做編號：_____

收到日期：____年____月____日 填寫人：_____

檢驗項目執行確認

SMA+SCID+BD	LSD 四合一	MPS+ALD



財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所
11070 台北市信義區東興路 55 號 5 樓
TEL : 02-8768-1020 FAX : 02-8768-1021