

## 桃園市擴大肺癌篩檢計畫

## 40 歲至 44 歲男性且父母、子女、兄弟姊妹曾罹患肺癌者

## 聲明書

立聲明書人\_\_\_\_\_（以下簡稱本人），設籍桃園市，目前年齡\_\_\_\_\_歲，茲聲明本人親屬（☐父母；☐子女；☐兄弟姊妹）曾患有肺癌，該名親屬姓名為\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，身分證統一編號：\_\_\_\_\_（民國 38 年以前(含)出生，若經查詢確實無身分證統一編號，得不提供）；

本人符合下述桃園市擴大肺癌篩檢計畫之資格：設籍桃園市，並為 40 歲至 44 歲男性且父母、子女、兄弟姊妹曾罹患肺癌者。

本人聲明全部屬實，如經查獲有不實者由本人自負法律一切責任，絕無異議。

立聲明書人姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

立聲明書人身分證統一編號：\_\_\_\_\_

立聲明書人戶籍地址：\_\_\_\_\_

立聲明書人通訊地址：\_\_\_\_\_

立聲明書人聯絡電話：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 桃園市擴大肺癌篩檢計畫 個案基本資料填寫

支付方式：☐預防保健；☐健保醫療給付；☒其他公務預算補助；☐自費健康檢查；☐其他

個人基本資料（受檢者填寫）						唯一碼：				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號						
出生日期	民國____年____月____日	聯絡資訊			電話：(____)_____ 手機：_____(必填)					
電子郵件	(必填)	LINE ID								
現居住地址	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>縣 市 鄉 村 路 段 巷 號</span> <span>市 區 鎮 里 街 弄 樓</span> </div>									
教育程度	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國（初）中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以以上。									
其它資訊	身高：____公分；體重：____公斤。									
個案風險暴露資料										
肺部相關疾病史	有無得過下列肺部相關疾病？ <input type="checkbox"/> 肺阻塞(COPD)； <input type="checkbox"/> 肺結核(TB)； <input type="checkbox"/> 肺炎； <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎； <input type="checkbox"/> 塵肺症(Pneumoconiosis)； <input type="checkbox"/> 肺氣腫(Emphysema)； <input type="checkbox"/> 特發性肺纖維化(IPF)； <input type="checkbox"/> 全身性硬化症(Systemic Sclerosis) <input type="checkbox"/> 無以上疾病									
家族史	與您有血緣的父母、子女或兄弟姊妹中，有無人得過肺癌？ <input type="checkbox"/> 有，共____人，請填下方表格：									
	血緣關係			父親	母親	兄弟	姊妹	兒子	女兒	
	罹患肺癌人數									
	確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小數值）									
	診斷證明或具聲明書所列家屬姓名：____；出生年月日：____年____月____日； 身分證字號：____（民國 38 年以前（含）出生，若經查詢確實無 ID，得不提供） <input type="checkbox"/> 無									
吸菸史及二手菸	<input type="checkbox"/> 有吸菸史，每天抽____包(20支/包) x 抽菸____年 = ____包-年 是否已戒菸： <input type="checkbox"/> 已戒菸（自民國____年成功戒菸） <input type="checkbox"/> 否，目前仍有吸菸 <input type="checkbox"/> 有二手菸暴露（每週至少 1 天吸入菸草煙霧 15 分鐘以上） <input type="checkbox"/> 無吸菸也無二手菸暴露									
油煙暴露	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無；煮食經歷____年，每週煎____天，炒____天，炸____天(填整數)									
職業暴露	<input type="checkbox"/> 接觸石棉如石棉製造、造/拆船、鍋爐管線保養業等； <input type="checkbox"/> 接觸重金屬、媒、瀝青等如冶煉工廠、金屬製造業、焊接、礦業等； <input type="checkbox"/> 暴露於粉塵、棉絮； <input type="checkbox"/> 放射環境； <input type="checkbox"/> 廟宇工作（燒香）； <input type="checkbox"/> 無(無則無需填寫執行工作) 如有上述職業暴露，請填寫執行工作內容？ <input type="checkbox"/> 第一線操作人員； <input type="checkbox"/> 行政文書人員； <input type="checkbox"/> 其他(請列出)____									
服務訊息	您得知本項健康檢查的訊息來源為何（可複選）？ <input type="checkbox"/> 衛生局網站 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 各區公所 <input type="checkbox"/> 宣傳單、海報 <input type="checkbox"/> 電視、報紙 <input type="checkbox"/> 電子報、跑馬燈 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他(請列出)____									

備註：依本局健康促進整合資訊系統（或指定系統）線上填寫。