

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	縣市	鄉區	村鎮	路里	段街	巷弄	號樓																										
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： <table border="1"> <tr> <td>血緣關係</td> <td>父親</td> <td>母親</td> <td>兄弟</td> <td>姊妹</td> <td>兒子</td> <td>女兒</td> </tr> <tr> <td>罹患肺癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>確診時年齡（同類型血緣關係 填列確診年齡之最小數值）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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														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）					
	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）																																
	<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																																
<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無；煮食經歷____年，每週煎____天，炒____天，炸____天(填整數)																																	
<input type="checkbox"/> 接觸石綿如石綿製造、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)																																	
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。