

() 新生兒先天性巨細胞病毒 (CMV) 篩檢名冊

篩檢院所：_____

頁次： /

個案 序號	母親姓名之 男、女	病歷號	母親 身分證號	出生日期 (年/月/日)	多 胞 胎	出生 體重 (gm)	懷孕 週數	聽篩 結果	檢體 UID	採檢日期	送檢日期	報告日期	篩檢結果	備註	確診結果
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		
							週 天	☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未做					☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 無法判定		