



## 接受健康檢查同意書

本人\_\_\_\_\_經過說明，已充分了解並同意遵守以下健康檢查之相關事項：

1. 本人了解抽血及健檢過程中可能有輕微疼痛感，少部分人可能有淤血情形。為確保檢驗品質及準確度，若遇血液檢體不良時（檢體量不足、凝血、溶血），將重新採檢。
2. 本人了解健檢結果將提供醫師做為臨床診斷及後續治療追蹤之參考。
3. 本人了解為瞭解原住民族整體健康狀況，以及個別健康狀況追蹤，本人同意本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果將為衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關於促進醫療及公共衛生之必要範圍內蒐集、處理，以及利用於疾病監測、流行病學分析、政策評估、轉銜治療及查詢、個案追蹤健康管理及串接政府部門相關資料庫使用。
4. 本人同意將本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入健保醫療資訊雲端查詢系統之用，並同意提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入本人健康存摺之用。
5. 本人了解衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關行蒐集、處理及利用時，會依循個人資料保護法及相關法規辦理。

此致

\_\_\_\_\_（醫療院所名稱）、臺南市政府衛生局、臺南市政府、原住民族委員會、衛生福利部

立同意書人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_

出生年月日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證(居留證)字號：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日