轉　介　流　程

轉介單位/轉介者填寫【轉介單位填寫】欄位
並協助新住民填寫【被轉介者基本資料】欄位

轉介單位/轉介者
留存第一聯

新住民留存第二、三聯

有意願採血
檢驗者

新住民電話聯繫居住地衛生所，預約
採血檢驗時間並攜帶第二、三聯

衛生所確認
「符合」採血資格

符合資格者，填寫【抽血同意欄位】並執
行採檢

轉介單位/轉介者將
第一聯繳回衛生局

衛生所將第二聯留存於病
歷、第三聯繳回衛生局

衛生局核對第一聯與第三聯資料是否相符，且該新住民確實完成採血且檢驗結果登錄於結核病追蹤管理系統，後續統一通知轉介單位/轉介者請款

___年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉介單位填寫欄位			
所屬單位(醫院/團體/個人)		轉介日期	
姓名		聯絡電話	
傳真電話		E-mail	
身分證		出生年月日	

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血，將統一通知請款方式。

被轉介者基本資料			
姓名		連絡電話(家)	
身分證		手機	
國籍		出生年月日	
入境日期		現居地址	

※僅限未曾採血檢驗者。

※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】

※請攜帶此轉介單及「健保卡」並按指定時間至衛生所「免費」進行相關檢驗，將贈送超商禮券或精美衛教宣導品乙份!

【IGRA自費市價約3,000元，預防性治療依處方不同，藥費最高價值約5,000元!】

單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁德區	06-2704153	玉井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043						

※抽血同意欄位（檢驗時間約為14個日曆天，陽性者將由衛生所進行通知，陰性者不另外知會)※

□本人 _____（簽名）

□法定代理人【或家屬】 _____（簽名）

只要抽 1 次血(約4-5cc)，就可以知道身體裡面有沒有被結核菌感染【感染≠發病，感染者不具傳染力】。檢查結果為陽性者，可提供預防性藥物治療，接受治療可以避免以後發病變成結核病人。

□已了解相關檢驗事宜，後續由衛生單位協助進行潛伏結核感染抽血檢驗，若檢查陽性者，將轉介醫師評估，是否進行預防性藥物治療。

抽驗單位：_____區衛生所　　完成抽驗日期：中華民國_____年_____月_____日

台南市政府衛生局關心您

第一聯：轉介單位存根，請將此聯留存以利後續請款※倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生局或撥打免付費電話：1922

___年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉介單位填寫欄位			
所屬單位(醫院/團體/個人)		轉介日期	
姓名		聯絡電話	
傳真電話		E-mail	
身分證		出生年月日	

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血，將統一通知請款方式。

被轉介者基本資料			
姓名		連絡電話(家)	
身分證		手機	
國籍		出生年月日	
入境日期		現居地址	

※僅限未曾採血檢驗者。

※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】

※請攜帶此轉介單及「健保卡」並按指定時間至衛生所「免費」進行相關檢驗，將贈送超商禮券或精美衛教宣導品乙份!

【IGRA自費市價約3,000元，預防性治療依處方不同，藥費最高價值約5,000元!】

單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁德區	06-2704153	玉井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043						

※抽血同意欄位（檢驗時間約為14個日曆天，陽性者將由衛生所進行通知，陰性者不另外知會)※

□本人 _____（簽名）

□法定代理人【或家屬】 _____（簽名）

只要抽 1 次血(約4-5cc)，就可以知道身體裡面有沒有被結核菌感染【感染≠發病，感染者不具傳染力】。檢查結果為陽性者，可提供預防性藥物治療，接受治療可以避免以後發病變成結核病人。

□已了解相關檢驗事宜，後續由衛生單位協助進行潛伏結核感染抽血檢驗，若檢查陽性者，將轉介醫師評估，是否進行預防性藥物治療。

抽驗單位：_____區衛生所　　完成抽驗日期：中華民國_____年_____月_____日

台南市政府衛生局關心您

第二聯：檢驗單位存根，請將此聯留存於病歷※倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生局或撥打免付費電話：1922

___年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉介單位填寫欄位			
所屬單位(醫院/團體/個人)		轉介日期	
姓名		聯絡電話	
傳真電話		E-mail	
身分證		出生年月日	

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血，將統一通知請款方式。

被轉介者基本資料			
姓名		連絡電話(家)	
身分證		手機	
國籍		出生年月日	
入境日期		現居地址	

※僅限未曾採血檢驗者。

※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】

※請攜帶此轉介單及「健保卡」並按指定時間至衛生所「免費」進行相關檢驗，將贈送超商禮券或精美衛教宣導品乙份!

【IGRA自費市價約3,000元，預防性治療依處方不同，藥費最高價值約5,000元!】

單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁德區	06-2704153	玉井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043						

※抽血同意欄位（檢驗時間約為14個日曆天，陽性者將由衛生所進行通知，陰性者不另外知會)※

□本人 _____（簽名）

□法定代理人【或家屬】 _____（簽名）

只要抽 1 次血(約4-5cc)，就可以知道身體裡面有沒有被結核菌感染【感染≠發病，感染者不具傳染力】。檢查結果為陽性者，可提供預防性藥物治療，接受治療可以避免以後發病變成結核病人。

□已了解相關檢驗事宜，後續由衛生單位協助進行潛伏結核感染抽血檢驗，若檢查陽性者，將轉介醫師評估，是否進行預防性藥物治療。

抽驗單位：_____區衛生所　　完成抽驗日期：中華民國_____年_____月_____日

台南市政府衛生局關心您

第三聯：檢驗單位存根，請將此聯繳回衛生局※倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生局或撥打免付費電話：1922