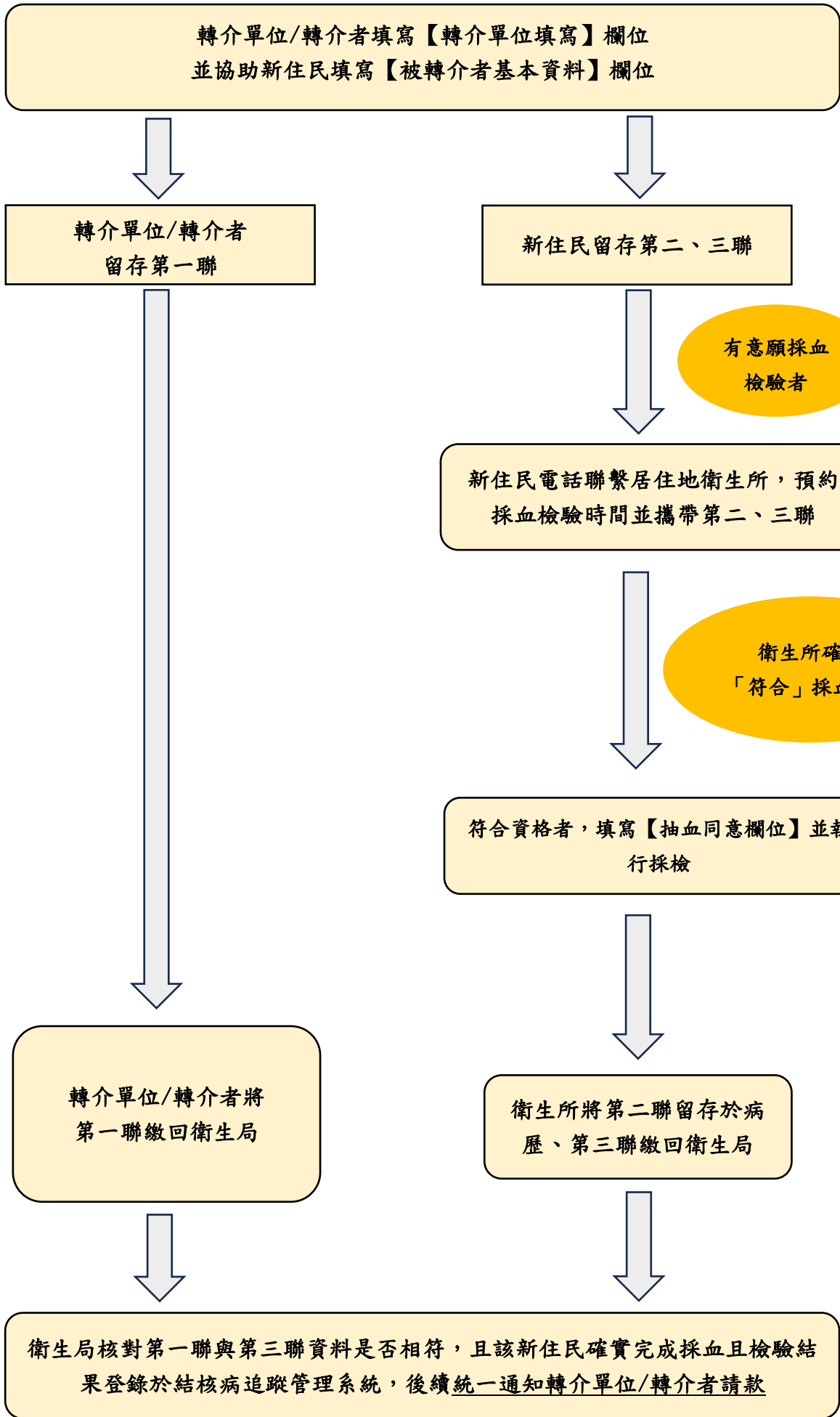


轉 介 流 程



113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111年至112年未曾採血檢驗者。

※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

113年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

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

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111年至112年未曾採血檢驗者。

※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

113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	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111年至112年未曾採血檢驗者。

※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