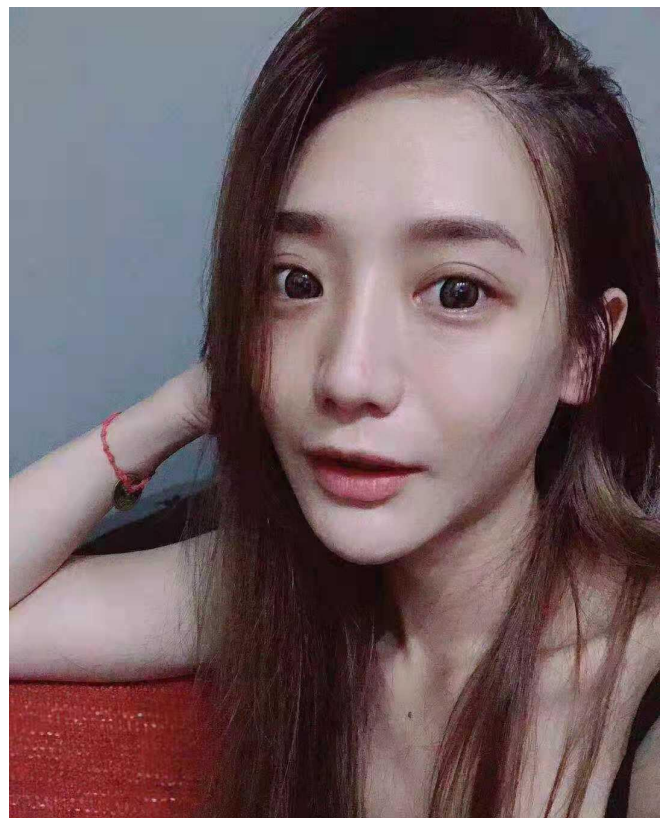


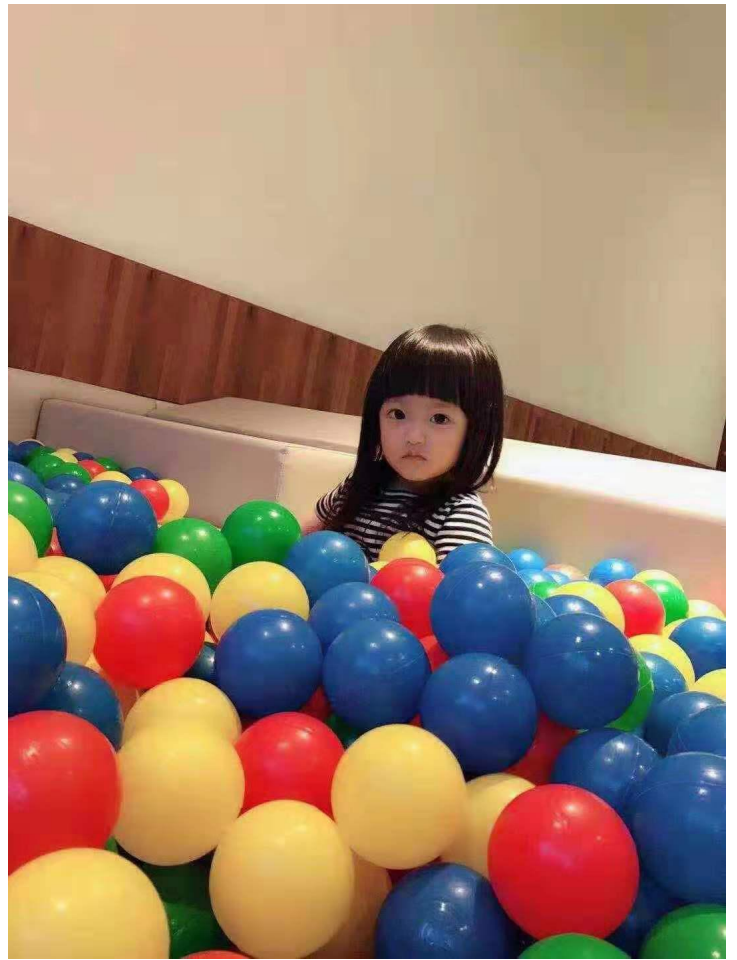
近期相片







幼儿相片



# 完整捐卵人信息

生日(月/日/年)\*公曆年, 非民國年 1991/12/6

捐卵信息: \_\_\_\_\_

1. 為什麼您想成為一個捐卵人？

需要錢 也想幫助需要幫助的人

2. 您目前在另一家醫院/診所做捐卵人嗎？ ☐ 是 ☒ 否

如果“是”，請指名哪家醫療機構：\_\_\_\_\_

3. 您是有經驗的捐卵人嗎？ ☐ 是 ☒ 否

如果“是”，您之前進行過幾次捐卵？ \_\_\_\_\_

4. 請提供過往捐卵信息

週期	日期 月/日/年	取卵數量
第一次		
第二次		
第三次		
第四次		
第五次		
第六次		

生理信息: \_\_\_\_\_

1. 身高: \_\_165\_\_ CM

2. 體重: \_\_45\_\_ KG

3. 眼睛顏色: \_\_黑\_\_

4. 自然髮色: \_\_黑\_\_

5. 體型(請選擇):

☐ 運動型 ☐ 平均標準型 ☐ 豐滿型 ☐ 嬌小型 ☒ 苗條型 ☐ 其他

若有其他補充細節, 請註明: \_\_\_\_\_

6. 髮質類型:

☐ 自然卷 ☐ 細軟柔順 ☒ 直髮 ☐ 大波浪 ☐ 其他

若有其他補充細節, 請註明: \_\_\_\_\_

7. 面部膚色:

☒ 白皙    ☐ 中等    ☐ 偏黑

若有其他補充細節, 請註明: \_\_\_\_\_

8. 主支配手:

☐ 左撇子    ☒ 右撇子    ☐ 左右開弓

9. 雀斑:

☒ 無    ☐ 少    ☐ 中等    ☐ 多

10. 血型 (ABO/陰性陽性):   O   (例如: B 型血陽性: B+)

**學歷:** \_\_\_\_\_

1. 請填寫您的最高學歷 (高中/高職/二年制大學/四年制大學/碩士):

2. 教育背景

教育背景	學校名稱	GPA	主修科系	學位 (例副學士, 學士, 碩士)
高中				
職業學校				
社區大學				
大學 (學士)	樹德科技大學		時尚與服裝設計學	學士
研究生				
其他				

3. 實力最強的科目:   國文  

4. 實力最弱的科目:   數學  

5. 請列舉獎項、證書、成就等等: (請詳細填寫)

我都前 3 名, 領過縣長獎 \_\_\_\_\_

**詳細個人信息:** \_\_\_\_\_

1. 出生國家: 台灣

2. 婚姻狀況: 未婚

3. 您的朋友如何描述您的性格?

個性很好, 很貼心, 是個很棒的傾聽者, 也能給予正面與有幫助的建議

4. 您目前有工作嗎? 無

5. 您在未來三至六個月可以靈活安排自己的日程嗎?

可以

6. 您的事業目標是什麼？

未來想開服飾店

7. 您會哪幾種語言？(不包括汉语方言;请明确列出语言名称)

國語 台語

8. 請描述您的音樂才能/藝術才能/體育才能

模特 表演 唱歌 ☐ 風琴

9. 請描述您的興趣愛好

看時尚的書 哲學性的書 心理層面的書 勵志的書 瑜珈 運動類的活動

健康信息: \_\_\_\_\_

1. 如果不戴眼鏡或者不做手術矯正, 您的視力如何？

☒ 差 ☐ 一般 ☐ 好 ☐ 非常好

2. 您的眼睛有以下問題嗎？

☐ 无 ☐ 散光 ☐ 遠視 ☒ 近視 ☐ 其他: \_\_\_\_\_

3. 您的牙齒健康狀況如何？

☐ 差 ☒ 一般 ☐ 好 ☐ 非常好

4. 是否帶過牙套？ ☐ 是 ☒ 否

5. 無助聽器輔助的情況下, 您的聽力如何？

☐ 差 ☐ 一般 ☐ 好 ☒ 非常好

6. 您是否禿頭？ ☐ 是 ☒ 否

7. 您是否有家人禿頭？ ☐ 是 ☒ 否 哪一边的家人？ \_\_\_\_\_

8. 您是否有少年白頭？ ☐ 是 ☒ 否

其他健康信息: \_\_\_\_\_

1. 您目前是否出於任何原因就醫？ ☐ 是, 請說明原因: \_\_\_\_\_ ☒ 否

2. 您是否看過精神科醫生, 心理醫生, 社工, 諮詢師或出於任何原因與任何其他醫療工作者有過接觸？

☐ 是, 請說明原因: \_\_\_\_\_ ☒ 否

3. 列舉過去 12 個月裡面您服用過的處方藥

序號	藥物名稱	多長時間服用一次	用藥原因
1			
2			
3			

4			
5			

4. 您是否服用過抗焦慮藥或抗抑鬱藥？

☐ 是 ☒ 否

如果“是”，請說明原因以及最後一次服藥時間：\_\_\_\_\_

5. 您過去是否曾因患有嚴重疾病而住院？

☐ 是 ☒ 否

如果“是”，請詳細說明原因：\_\_\_\_\_

6. 列舉您接受過的所有外科手術治療

手術	手術日期	手術名稱	手術原因	術後結果
1				
2				
3				

7. 過去是否有任何與麻醉相關的並發症？

☐ 是 ☒ 否

如果“是”，請詳細說明：\_\_\_\_\_

8. 是否輸血過？

☐ 是 ☒ 否 如果“是”，請說明大概日期年份\_\_\_\_\_

9. 作為獻血者，是否被拒獻過？

☐ 是 ☒ 否 如果“是”，請解釋\_\_\_\_\_

10. 您是否有過敏史？

☐ 是 ☒ 否 如果“是”，請解釋\_\_\_\_\_

詳細個人信息：\_\_\_\_\_

1. 你是否生過孩子？ ☐ 是 ☒ 否

如果“是”，請列出孩子的年齡：\_\_\_\_\_

2. 您目前采用的是哪種避孕措施？\_\_避孕套

3. 請提供您月經週期的相關信息

月經初潮年齡	月經週期是否規律	每次月經週期天數 (從一次月經第一天, 到下次月經第一天, 之間一共有多少天)
小學六年級	規律	28

4. 請提供您宮頸刮片結果的相關信息

宮頸抹片	最近一次抹片的時間	最近一次的刮片結果 (正常/不正常)	以前的刮片結果 (正常/不正常)
沒有檢查過	<input type="checkbox"/> 近 0-6 個月以內 <input type="checkbox"/> 近 7-12 個月以內 <input type="checkbox"/> 一年之前		

## 5. 請提供性傳播疾病的相關信息(打勾)

	您本人	您的性伴侶
艾滋病		
衣原體		
生殖器疱疹		
生殖器疼痛		
淋病		
HIV		
非特異性尿道炎		
梅毒		
生殖器滴蟲病		
尖銳濕疣		
病毒性乙肝或丙肝		
其他類型的性傳播疾病		

## 6. 您是否得過以下疾病？

- ☐ 宮頸囊腫    ☐ 子宮內膜異位    ☐ 不孕不育等生育治療    ☐ 子宮肌瘤    ☐ 盆腔炎  
☐ 單側卵巢摘除    ☒ 以上情況都沒有

如果您患過以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

社会生活信息: \_\_\_\_\_

1. 請您選擇最準確的答案, 回答以下有關吸煙(吸煙(包含 Vape, 水煙和電子煙), 飲酒, 大麻或其他藥物(可卡因, 海洛因等)的問題

吸煙	酒精	大麻	其他藥物(可卡因, 海洛因等)



<input checked="" type="checkbox"/> 不吸煙 <input type="checkbox"/> 吸煙, 每天 1-3 根 <input type="checkbox"/> 吸煙, 每天 3-10 根 <input type="checkbox"/> 吸煙, 每天超過 10 根	<input checked="" type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 每週 1-5 杯 <input type="checkbox"/> 每週 6-10 杯 <input type="checkbox"/> 每週 11-20 杯 <input type="checkbox"/> 每週超過 20 杯	<input checked="" type="checkbox"/> 從不吸食大麻 <input type="checkbox"/> 0-3 個月之前 <input type="checkbox"/> 4-6 個月之前 <input type="checkbox"/> 7-12 個月之前 <input type="checkbox"/> 一年以前	<input checked="" type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 0-12 個月以前 <input type="checkbox"/> 1-3 年以前 <input type="checkbox"/> 超過 3 年以前
--	---	---	---

2. 請您為以下有關紋身, 身體穿孔和針灸的問題選擇最合適的答案

是否有紋身? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最近一次是什麼時候? <input type="checkbox"/> 0-3 個月之前 <input type="checkbox"/> 4-6 個月之前 <input type="checkbox"/> 7-9 個月之前 <input type="checkbox"/> 10-12 個月之前 <input checked="" type="checkbox"/> 一年以前	針頭是否消毒? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道	最近的一次是誰操作的? <input checked="" type="checkbox"/> 專業人士 <input type="checkbox"/> 自己, 或者朋友 <input type="checkbox"/> 其他
是否有身體穿刺(例如耳洞)? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最近一次是什麼時候? <input type="checkbox"/> 0-3 個月之前 <input type="checkbox"/> 4-6 個月之前 <input type="checkbox"/> 7-9 個月之前 <input type="checkbox"/> 10-12 個月之前 <input checked="" type="checkbox"/> 一年以前	針頭是否消毒? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道	最近的一次是誰操作的? <input checked="" type="checkbox"/> 專業人士 <input type="checkbox"/> 自己, 或者朋友 <input type="checkbox"/> 其他
是否進行過針灸治療? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最近一次是什麼時候? <input type="checkbox"/> 0-3 個月之前 <input type="checkbox"/> 4-6 個月之前 <input type="checkbox"/> 7-9 個月之前 <input type="checkbox"/> 10-12 個月之前 <input checked="" type="checkbox"/> 一年以前	針頭是否消毒? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道	最近的一次是誰操作的? <input checked="" type="checkbox"/> 專業人士 <input type="checkbox"/> 自己, 或者朋友 <input type="checkbox"/> 其他

3. 請您為下列法律相關問題選擇最準確的答案

是否觸犯過法律? ☐ 是 ☒ 否 如果“是”, 請解釋\_\_\_\_\_

家族史 A 卷: \_\_\_\_\_

1. 您是否是被領養的? ☐ 是 ☒ 否

2. 請提供每位祖父母的種族血統(例如法國, 德國, 愛爾蘭, 挪威, 墨西哥, 中國, 泰國, 越南, 韓國等)

外婆	外公	奶奶	爺爺
台灣	台灣	台灣	台灣

## 3. 請提供每位父母和祖父母的體徵信息

家庭成員	種族	身高	身型	眼睛顏色	頭髮顏色	膚色
母親	台灣	162	適中	黑	黑	白
父親	台灣	170	適中	黑	黑	白
外婆	台灣	165	適中	黑	黑	白
外公	台灣	178	適中	黑	黑	白
奶奶	台灣	165	適中	黑	黑	白
爺爺	台灣	170	適中	黑	黑	白

## 4. 請提供每個兄弟姐妹的信息

兄弟姐妹 (具體稱呼)	是親兄弟姐妹, 還是同父異母或者同母異父的兄弟姐妹?	年齡	身高
弟弟	親弟弟	25	175
妹妹	親妹妹	23	160

## 5. 針對所有的血親(無論健在還是已逝)填寫以下信息:

家庭成員	若健在, 年齡?	若健在, 身體狀況?	若已去世, 去世時的年齡?	若已去世, 去世原因?
母親	46	健康		
父親	52	健康		
外婆	64	健康		
外公	66	健康		
奶奶	85	健康		
爺爺	過世			意外
(兄弟姐妹) 具體稱呼: 弟弟	25	健康		
(兄弟姐妹) 具體稱呼: 妹妹	23	健康		
(兄弟姐妹) 具體稱呼:				

呼:				
(兄弟姐 妹)具體稱 呼:				
(兄弟姐 妹)具體稱 呼:				
(兄弟姐 妹)具體稱 呼:				

6. 您或您的家人是否有遺傳病？是否是遺傳致病基因的攜帶者？

如果是, 請您列出\_\_\_\_\_

**家族史 B 卷:**\_\_\_\_\_

1. 您或您家人是否患有以下任何一種疾病, 或者被基因檢測為致病基因攜帶者？

請在相應的位置打勾

小兒腦白質海綿狀變性綜合症	
囊性纖維化	
X 染色體脆折症	
高雪氏症/戈謝病	
鐮刀型細胞貧血症	
脊髓性肌肉萎縮症	
黑蒙性家族癡呆症	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明:\_\_\_\_\_

2. 上癮狀況

酗酒	
強迫症	
毒品濫用	
毒品上癮	
藥物亂用	
賭博上癮	

煙癮	
----	--

如果您或您家人有以上任何一種疾病，請詳細說明：\_\_\_\_\_

### 3. 先天性缺陷

唇顎裂（兔唇）	
先天性髖關節脫位或發育不良	
足弓塌陷（扁平足）	
先天性心臟病	
聽力問題	
全前腦畸形	
小頭畸形	
神經管畸形	
先天性脊柱裂	

如果您或您家人有以上任何一種疾病，請詳細說明：\_\_\_\_\_

### 4. 血液病

貧血	
出血/凝血障礙	
血液結塊或中風	
凝血因子 V Leiden 基因突变血栓病	
血友病	
艾滋病	
免疫缺陷	
白血病	
淋巴瘤	
結節性多動脈炎	
鐮刀型細胞貧血症	
淋巴結腫大	
珠蛋白生成障礙性貧血（地中海貧血症）	
血管性血友病	

如果您或您家人有以上任何一種疾病，請詳細說明：\_\_\_\_\_

### 5. 癌症

乳腺癌	
結腸癌	

腸癌	
肺癌	
卵巢癌	
前列腺癌	
皮膚癌	
胃癌	
睪丸癌	
甲狀腺癌	
子宮癌	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

#### 6. 染色體綜合症

小兒唐氏綜合症(21-三體綜合症)	
脆性 X 染色體綜合症	
克氏綜合症 (性染色體 XXY 型)	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

#### 7. 消化道

闌尾炎	
肝硬化	
克羅恩病 (局限性腸炎/肉芽腫性腸炎/節段性腸炎)	
膽結石	
甲肝, 乙肝, 丙肝	
炎症性腸病	
多發性結腸息肉	
幽門狹窄	
直腸疾病	
胃潰瘍或十二指腸潰瘍	
潰瘍性結腸炎	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

#### 8. 遺傳/生殖

外生殖器發育異常	
陰道分泌物異常 (多囊性卵巢症症狀)	
子宮內膜異位症	



小兒兩性畸形	
尿道下裂	
精子稀少	
卵巢囊腫	
多囊卵巢綜合症	
盆腔炎	
乳房腫塊破裂或乳房囊腫	
異位睪丸(隱辜症)	
子宮肌瘤	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

#### 9. 心臟

先天性心臟病	
動脈硬化	
急性心肌梗死	
心臟缺陷	
冠心病	
高血壓	
高膽固醇	
中風	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

#### 10. 皮膚

粉刺 <sup>严重</sup>	
白化病	
濕疹	
面部毛发浓密	
傳染性皮肤病	
皮肤色素失调	
銀屑病/牛皮癬	
神经纤维瘤	

如果您或您家人有以上任何一種疾病, 請詳細說明: \_\_\_\_\_

**FDA 問卷:** \_\_\_\_\_

序號	問題	答案
----	----	----

		是	否
1	在过去的 12 个月内, 您是否有跟在过去 5 年内和其他男性发生过性关系的男性有性接触?		V
2	在过去 5 年内, 您是否注射过非医疗原因的药物, 包括静脉注射, 肌肉注射或皮下注射?		V
3	您是否因为血友病或者其他凝血障碍, 而接受过其他人的衍生的凝血因子浓缩物?		V
4	在过去 5 年内, 您是否曾经为了换取金钱或者毒品和他人发生性关系?		V
5	在过去 12 个月内, 您是否曾经和符合上述 1,2,3 或 4 项的任何人发生过性关系?		V
6	在过去的 12 个月内, 您是否曾经和已知或可疑艾滋病病毒感染者、活性乙肝或丙肝感染者、临床上活动性乙肝或丙肝病毒感染者发生过性关系?		V
7	在过去 12 个月内, 您是否曾经通过针头、开放性伤口、非完整皮肤或者黏膜, 和已知或者可疑的感染艾滋病病毒、乙肝或丙肝病毒的血液接触过?		V
8	在过去的 12 个月内, 您是否有被意外的针刺、尖锐的器械损伤, 而接触到人体血液, 眼睛中的血清或血浆, 粘膜(嘴唇, 鼻子内部)或疮?		V
9	在过去的 12 个月内, 您是否曾经被禁锢超过连续 72 个小时?		V
10	在过去的 12 个月内, 您是否曾经和临床乙肝或丙肝病毒携带者一同居住?		V
11	a. 在过去的 12 个月内, 您是否进行过纹身?		V
	b. 如果 11a 回答是, 您是否使用无菌器械?		V
	c. 请填写最近一次进行纹身的日期。(月/日/年)		V
12	a. 在过去的 12 个月内, 您是否进行过耳朵、皮肤或者身体的穿洞?		V
	b. 如果 12a 回答是, 您是否使用无菌器械?		V
	c. 请填写最近一次进行穿洞的日期。(月/日/年)		V
13	a. 在 11 周岁后, 您是否被诊断过患有有症状的病毒性肝炎?		V
	b. 如果 13a 回答是, 肝炎被确定为甲型肝炎(例如反应性 IgM 抗 HAV 试验), Epstein-Barr 或巨细胞病毒?		V

14	a. 您、您的性伴侣或您任何家庭成员是否曾经接受过器官移植, 或其他医疗程序是涉及暴露于动物的活细胞, 组织或器官的 ?	V
	b. 如果 14a 回答是, 您是否接触过这位家庭成员的血液, 唾液或其他体液? (例如, 通过深吻, 共用牙刷, 剃须刀或针头, 或通过开放性伤口或疮)	V
15	您是否在过去 120 天内被诊断出患有西尼罗河病毒(包括基于症状和/或实验室结果的诊断, 或确认的 WNV 病毒血症)?	V
16	a. 在过去的 8 周内, 您是否接种了天花疫苗?	V
	b. 如果 16a 回答是, 结痂是否自行脱落?	V
	c. 如果 16a 回答是, 注射疫苗后您是否有任何疾病或并发症?	V
17	a. 在过去的 8 周, 您是否曾经亲密接触过他人接种天花疫苗的部位?(亲密接触的例子包括触摸该部位或覆盖该部位的绷带、处理与未绑扎的疫苗接种部位接触过的床上用品或衣服。)	V
	b. 如果 17a 回答是, 自从接触对方疫苗接种部位以来, 您是否有任何新的皮疹, 疮, 疾病或并发症?	V
18	在过去的 12 个月内, 您是否接受过梅毒, 衣原体或淋病治疗?	V
19	您或您的任何血亲都被诊断出患有克雅二士病(CJD)吗?	V
20	您是否被诊断患有痴呆或中枢神经系统或其他病因不明的神经系统疾病的退行性或脱髓鞘疾病?	V
21	您有没有接受过人脑垂体生长激素?	V
22	您有没有接受过非合成硬脑膜(大脑覆盖)移植植物?	V
23	a. 从 1980 年到 1996 年, 您是否是美国军队的一名成员, 一名文职军人或一名军人或民用军人的受抚养人?	V
	b. 如果 23a 回答是, 那么在 1980 年至 1990 年期间, 您是否在以下任何一个国家的军事基地逗留 6 个月或更长时间? (德国, 比利时或荷兰, 或 1980 年至 1996 年间的希腊,	V

	土耳其, 西班牙, 葡萄牙或意大利) ?		
24	a. 自 1980 年以来, 您曾经住过或前往过欧洲吗? (包括阿尔巴尼亚, 奥地利, 比利时, 波斯尼亚 - 黑塞哥维那, 保加利亚, 克罗地亚, 捷克共和国, 丹麦, 芬兰, 法国, 德国, 希腊, 匈牙利, 爱尔兰, 意大利, 列支敦士登, 卢森堡, 马其顿, 荷兰, 挪威, 波兰, 葡萄牙, 罗马尼亚, 斯洛伐克共和国, 斯洛文尼亚, 西班牙, 瑞典, 瑞士和南斯拉夫)。		V
	b. 如果 24a 回答是, 从 1980 年初到 1996 年底, 您在英国逗留了 3 个月或更长的时间吗? (包括英格兰, 爱尔兰, 苏格兰, 威尔士, 马恩岛, 海峡群岛, 直布罗陀和福克兰群岛)。		V
	c. 如果 24a 回答是, 自 1980 年以来, 您是否在英国或法国接受了输血或血液成分?		V
	d. 如果 24a 回答是, 自 1980 年以来, 您在欧洲居留时间是否多达 5 年或以上(包括 1980 年至 1996 年间在英国度过的时间)?		V
25	1977 年之后, 您是否曾经去过非洲(喀麦隆, 中非共和国, 乍得, 刚果, 赤道几内亚, 加蓬, 尼日尔或尼日利亚)的某些国家或与曾经生活在这些国家的人有性关系?		V
26	您是否接受过问题 25 所列国家的血液输血或任何涉及血液的治疗?		V
27	在过去的 6 个月内, 您有被诊断过感染上寨卡病毒吗?		V
28	在过去的 6 个月内, 您是否曾居住或前往有活跃的寨卡病毒的地区? 佛得角非洲, 加勒比海, 中美洲, 墨西哥, 太平洋岛屿, 南美洲或巴西?		V
29	在过去 6 个月内, 您是否与已知具有第 27 或 28 项所列风险因素的男性发生性关系?		V

- 您在近十二个月内是否打过针或者接种过疫苗?

否

- 如果这是您近六个月内第二次捐卵, 以上哪些问题的答案与您上次全面病史审查时有無变更?