

Collection Data Form

採集資料表格

Patient Information Complete form and return it with your sample(s).

患者資訊 填妥表格並連同您的檢體一併寄回。

Last Name: 姓氏：	First Name: 名字：	MI: 中間名首字母：						
Date of Birth: 出生日期：	Gender (circle one): 性別 (圈選一項)：	Male 男 Female 女						
Height: 身高：	ft 英呎	in 英吋	or 或	cm 公分	Weight: 體重：	lbs 磅	or 或	kg 公斤
Patient Address: 患者地址：	Patient Phone: 患者電話：							

If you were given a paper test requisition/lab order, please return it with your sample(s) to ensure testing is completed.
如果您獲得紙本檢測申請表格/實驗室檢測單，請連同您的檢體一起交回，以確保檢測已完成。

Collection 1 (required) 採集 1 (必要)

Flush Time = Start Time
沖水時間 = 開始時間

Start Time:
開始時間： am

Stop Time:
停止時間： am

Date Collection Ended:
採集結束日期：

Total Volume:*
總採集量：* ml
毫升

*Total Volume equals amount of urine in orange jug.
*總採集量等於橘色壺中的尿量。

Collection 2 (if performed) 採集 2 (若進行)

Collection 2 Start Time MUST MATCH Collection 1 Stop Time.
採集 2 開始時間必須與採集 1 停止時間相符。

Start Time:
開始時間： am

Stop Time:
停止時間： am

Date Collection Ended:
採集結束日期：

Total Volume:*
總採集量：* ml
毫升

Medical Information 醫療資訊

Have you ever been diagnosed with either of these conditions? 您是否曾被診斷出下列任何病症？

Crohn's Disease 克隆氏症 Ulcerative Colitis 潰瘍性結腸炎 Date diagnosed 確診日期 ____/____/____

Have you been placed on either diet for the treatment of kidney stones? 您是否曾為了治療腎結石而採取任何一種飲食？

Low Sodium Diet 低鈉飲食 Date started 開始日期 ____/____/____ Low Fat Diet 低脂飲食 Date started 開始日期 ____/____/____

Have you ever had any of the surgeries listed below? 您是否曾接受過下列任何手術？

Colectomy 結腸切除術 Ileostomy 迴腸造口術 Small bowel resection 小腸切除術 Gastric bypass 胃繞道手術
Date 日期 ____/____/____ Date 日期 ____/____/____ Date 日期 ____/____/____ Date 日期 ____/____/____

Medications/supplements you are taking for the treatment of kidney stones: 您正在用於治療腎結石的藥物/補充劑：

Name: 名稱：	Started: 開始：	Ended: 結束：
Name: 名稱：	Started: 開始：	Ended: 結束：



For Labcorp Use Only.
僅供徠博科使用。

Medical Information (continued) 醫療資訊 (續)

Name: 名稱 :	Started: 開始 :	Ended: 結束 :
Name: 名稱 :	Started: 開始 :	Ended: 結束 :
Name: 名稱 :	Started: 開始 :	Ended: 結束 :
Name: 名稱 :	Started: 開始 :	Ended: 結束 :
Name: 名稱 :	Started: 開始 :	Ended: 結束 :

Primary Insurance Information

主要保險資訊

Insurance Plan Name 保險計畫名稱	Phone Number: 電話號碼 :	
Policy, Subscriber or Membership Number: 保單、投保人或會員號碼 :	Group Number or Plan Code Number: 團體編號或計畫代碼 :	
Insurance Company Address for Claim Submission: 用於提出理賠申請的保險公司地址 :		
City: 城市 :	State: 州 :	Zip Code: 郵遞區號 :

Complete this section only if you are covered by insurance under someone else's policy.

只有當您由他人的保險承保時，才需填寫本部分。

Last Name: 姓氏 :	First Name: 名字 :	Date of Birth: 出生日期 :		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): 您與主要受保人的關係 (圈選一項) :	Self 本人	Spouse 配偶	Child 子女	Other 其他

Secondary Insurance Information

Complete this section only if you have additional insurance.

次要保險資訊 僅當您有其他保險時，才需填寫此部分。

Last Name: 姓氏 :	First Name: 名字 :	Date of Birth: 出生日期 :		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): 您與主要受保人的關係 (圈選一項) :	Self 本人	Spouse 配偶	Child 子女	Other 其他
Insurance Plan Name 保險計畫名稱	Phone Number: 電話號碼 :			
Policy, Subscriber or Membership Number: 保單、投保人或會員號碼 :	Group Number or Plan Code Number: 團體編號或計畫代碼 :			
Insurance Company Address for Claim Submission: 用於提出理賠申請的保險公司地址 :				
City: 城市 :	State: 州 :	Zip Code: 郵遞區號 :		

Return this form with your completed Litholink urine sample.

請連同採集完畢的 Litholink 尿液檢體交回此表格。



800-338-4333 (M-F, 7:00am-7:00pm CT) (週一至週五，美國中部時間上午 7:00 至晚上 7:00)

litholink.labcorp.com

©2025 Labcorp. All rights reserved. ©2025 徠博科。保留所有權利。
1610350_TCIFU1.0525-2

LLK0003