

(單位全銜) 婚後孕前健康檢查個案紀錄單

病歷號碼：
<input type="checkbox"/> 1 專案補助
<input type="checkbox"/> 2 自費身分

一、基本資料 (由受檢者填寫)

姓名	出生日期	年 月 日	結婚日期	年 月 日	國籍別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ()
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證/居留證字號			連絡電話	(公司) (行動) (住家)
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所 <input type="checkbox"/> 5 博士 <input type="checkbox"/> 其他 _____			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新移民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙(障別: 程度:)	
戶籍地	市 縣 區	路 街 段 巷 弄 號 樓之			職業別	<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 工農 <input type="checkbox"/> 3 商 <input type="checkbox"/> 4 金融 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他 ()
現居地	市 縣 區	路 街 段 巷 弄 號 樓之				
電子信箱	@	訊息來源	<input type="checkbox"/> 1 通知單 <input type="checkbox"/> 2 網路 <input type="checkbox"/> 3 戶政單位 <input type="checkbox"/> 4 海報 <input type="checkbox"/> 5 醫療院所 <input type="checkbox"/> 6 其他 ()			

二、健康史

服藥習慣	是否長期服用藥物? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (藥物名稱: _____)	疾病史	是否曾經開刀、住院或輸血的情形? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 罹患其他重大疾病? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
過敏史	是否對藥物、食物或其他物品過敏? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因: _____	吸菸史	<input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 目前已戒菸 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始吸菸, 平均每天 _____ 枝
飲酒史	<input type="checkbox"/> 從不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始喝酒, 最常喝哪一種酒? _____; 量多少? _____		
月經史 男士 免填	1. 初經年齡 () 歲 2. 最近一次月經日期: _____ 月 _____ 日; 期間: _____ 日 3. 出血量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 少 4. 週期約: _____ 天 5. 規則性: <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 6. 經痛: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不一定 7. 陰道分泌物: <input type="checkbox"/> 量多 <input type="checkbox"/> 量少 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無惡臭味 <input type="checkbox"/> 有惡臭味		
子女 期望數	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 皆可 期望數 _____ 人	計劃 生育時間	<input type="checkbox"/> 1 年內 <input type="checkbox"/> 1-2 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上 <input type="checkbox"/> 順其自然或尚未計劃
避孕 方式	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 保險套 <input type="checkbox"/> 避孕藥 <input type="checkbox"/> 避孕器 <input type="checkbox"/> 安全期 <input type="checkbox"/> 體外射精 <input type="checkbox"/> 其他 ()		

三、一般檢查

身高	公分	體重	公斤	脈搏	次/分	血壓	mmHg
理想體重	公斤; 公式 BMI = 身高(公尺) ² × 22						

四、家族史

家族 病史	1. 家族中有無先天性病個案: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免唇顎裂 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 其他: 疾病名稱 _____ 2. 家族中有無一歲內死亡案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 家族中有無誰曾被診斷為習慣性流產: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4. 家族中有無智能不足的案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 家族中有無生長發育異常個案, 生長遲緩、侏儒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 6. 家族中是否有精神異常個案: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 7. 家族中有無地中海型貧血病史者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有地中海型貧血病家族史者請詳述: _____						
----------	---	--	--	--	--	--	--

五、檢驗結果

1 尿液	尿蛋白 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	尿糖 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	潛血 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	紅血球 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	白血球 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	上皮細胞 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	細菌 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常
2 血液	Hb <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	MCV <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	VDRL <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	anti HIV <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	德國麻疹 <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	水痘抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	
3 精液	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 量過少 <input type="checkbox"/> 精蟲數過少 <input type="checkbox"/> 活動力不良 <input type="checkbox"/> 型態不良 <input type="checkbox"/> 未驗						
4 子宮頸抹片檢查:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (原因 _____) 結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
4 加驗項目:	Hb-EP <input type="checkbox"/> 1 正常 <input type="checkbox"/> 2 異常 <input type="checkbox"/> 3 未驗						
5 自費檢驗項目:							

醫師意見與建議:

- 1 需進一步轉介檢查或處理: (轉介至 _____ 醫院 _____ 科)
2 其他 .

