

病患者醫學資訊表

姓名：_____

請如實回答以下問題，以便我們能協助您及您的嬰兒獲得最好的照顧。如對以下問題有任何疑問，請要求護士協助。您的回答將作為您的醫學報告中保密的一部分。感謝您的支持和配合。這將協助我們為您提供更好的產前護理。

過敏反應

您是否對某些藥物過敏？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼藥物？
您是否對乳膠過敏？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
您是否對碘酒過敏？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	

藥物

您是否正在服用某些藥物？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼藥物？
--------------	----------------------------	----------------------------	-----------

生育史

您是否曾被告知在妊娠期間患有以下其中之一種疾病？

糖尿病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
高血壓	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
妊娠高血壓	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
子宮頸鬆馳	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	

分娩

請包括流產和墮胎。

年份	自然產	剖腹產	刮宮	出生重量	分娩周數	併發症
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

在此次懷孕期間，你有否曾接受過超聲波檢查？如有，什麼時候和在哪里做超聲波檢查？

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	
-----------------------------	------------------------------	--

病患者醫學資訊表

姓名：_____

醫學史

您是否曾被告知您有以下其中一種狀況？

高血壓	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
心臟病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
腎病（如發炎，結石，或囊腫）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
肺病（除哮喘外）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
肝病（如肝炎，膽石）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
腸病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
甲狀腺病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，您是否曾服用過藥物？
抽筋（癲癇）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，您是否曾服用過藥物？最後一次抽筋是什麼時候？
糖尿病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，您是否曾服用過藥物？
紅斑狼瘡	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
結核病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
癌症	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
哮喘	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，您是否曾服用過藥物？
血紊亂（如鎌狀細胞，珠蛋白生成障礙性貧血）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
血塊	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
血小板低	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。
生殖器皰疹	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，最後一次發病是什麼時候？
愛滋病	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	
精神紊亂（抑鬱，焦慮，兩極紊亂等）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請說明。

病患者醫學資訊表

姓名：_____

外科史

您是否曾動過手術或做過核 穿刺活體組織檢查？（包括 任何子宮頸手術）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼類型，什麼時候？
------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------

輸液

您是否曾接受過輸血？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼時候？為什麼？
你的孩子是否曾接受過輸 血？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼時候？為什麼？

放射

X 光	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼類型的 X 光？什麼時 候放射的？
化學	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼化學藥品？放射的日 期是什麼時候？
高熱	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，是什麼時候？為什麼？

家庭病史

是否有先天性缺陷的病史，如心臟缺陷，額外多出手指或腳指等。

在您的家庭？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請描述缺陷。
在孩子父親的家庭？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，請描述缺陷。
在您的家庭成員中是否患有 血塊或中風？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，那個家庭成員幾歲時患有血 塊或中風？

習慣

您是否曾抽煙？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，每天抽幾根煙？
您是否喝酒？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，每天喝多少？最後一次喝酒 是什麼時候？
您是否曾服用過禁用藥品？ （大麻，可卡因，海洛因， 安非他命）	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，您服過什麼藥物？您最後一 次服用它們是什麼時候？

在過往的一年內，您是否曾 被毆打或被身體虐待？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	如是，什麼時候？
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------

病患者簽名

日期