

Initial Visit - OB/Gyn - Chinese

日期： 2/2/2007 3:44:16 PM

Date:

姓名： _____

Name:

请为患者选出正确答案：

Please circle the correct answer for the patient:

实例： 是 否 不确定
example: Yes No Unsure

即时关注

Immediate concerns

- | | | | |
|---|----------|---------|---------------|
| 1. 自怀孕以来，您是否有过阴道出血？
<i>Since becoming pregnant have you had any vaginal bleeding?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 2. 自怀孕以来，您是否有过腹部疼痛或绞痛？
<i>Since becoming pregnant have you had any abdominal pain or cramping?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |

异位风险因素

Ectopic risk factors

- | | | | |
|---|----------|---------|---------------|
| 3. 您是否有过宫外孕或输卵管妊娠？
<i>Have you ever had an ectopic or tubal pregnancy?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 4. 您是否发生过重度骨盆感染？
<i>Have you ever had any severe pelvic infections?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 5. 您是否曾因感染或不孕不育而动过骨盆手术？
<i>Have you ever had pelvic surgery for infection or infertility?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 6. 您是否曾患有以下性传播疾病或接触过此类患者：梅毒、淋病、衣原体疾病、疱疹、性病疣、HIV/艾滋病？
<i>Have you ever had or been exposed to a sexually transmitted disease including syphilis, gonorrhea, chlamydia, herpes, venereal warts, or HIV/AIDS?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |

过往治疗史

Past Medical History

实例： 是 否 不确定
example: Yes No Unsure

- | | | | |
|--|----------|---------|---------------|
| 7. 您是否接受过任何处方或非处方药物治疗？
<i>Do you take any prescription or over-the-counter medications?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 8. 您是否服用任何中草药？
<i>Do you take any herbal preparations?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 9. 您是否对任何药物或食物过敏？
<i>Are you allergic to any medicines or foods?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 10. 您是否曾患有肾脏、膀胱问题或尿路感染？
<i>Have you ever had kidney or bladder problems, or urine infections?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 11. 您是否曾有溃疡、胃部或结肠问题？
<i>Have you ever had ulcers, stomach or colon problems?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 12. 您是否曾在宫颈抹片检查中发现异常，或是患有妇科疾病？
<i>Have you ever had an abnormal Pap smear or female problems?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 13. 您是否曾有过不孕不育问题？
<i>Have you ever had infertility problems?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 14. 您是否曾患有心脏疾病？
<i>Have you ever had heart disease?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |

Initial Visit - OB/Gyn - Chinese

日期： 2/2/2007 3:44:16 PM

Date:

姓名： _____

Name:

15. 您是否曾患有风湿热？ <i>Have you ever had rheumatic fever?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
16. 您是否曾患有高血压？ <i>Have you ever had high blood pressure?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
17. 您是否曾患有肺炎或哮喘？ <i>Have you ever had pneumonia or asthma?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
18. 您是否曾患有癫痫症或发生抽搐？ <i>Have you ever had epilepsy or seizures?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
19. 您是否曾有情绪问题或患有抑郁症？ <i>Have you ever had emotional problems or depression?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
20. 您是否曾患有甲状腺问题？ <i>Have you ever had thyroid problems?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
21. 您是否患有糖尿病？ <i>Do you have diabetes?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
22. 您是否曾患有静脉曲张或凝血症？ <i>Have you ever had varicose veins or blood clots?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
23. 您是否曾有出血过多的问题？ <i>Have you ever had problems with excessive bleeding?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
24. 您是否动过手术或开过刀？ <i>Have you ever had any operations or surgery?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
25. 您是否发生过骨折或脑震荡？ <i>Have you ever had any broken bones or a concussion?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
26. 您是否曾患有狼疮或任何其它自身免疫病症？ <i>Have you ever had lupus or any other autoimmune conditions?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
27. 您是否有上面未列出的其它内科或外科情况？ <i>Do you have any other medical or surgical conditions not listed above?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
传染性疾病风险因素 <i>Infectious disease risk factors</i>			
28. 您是否曾患有肺结核或接触过此类患者？ <i>Have you ever had or been exposed to someone with tuberculosis?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
29. 您是否曾患有肝炎或接触过此类患者？ <i>Have you had or been exposed to anyone with hepatitis?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
30. 您是否输过血？ <i>Have you ever had a blood transfusion?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>
31. 自怀孕以来，您是否患过皮疹或病毒性疾病？ <i>Have you had a rash or viral illness since becoming pregnant?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	不确定 <i>Unsure</i>

Initial Visit - OB/Gyn - Chinese

日期： 2/2/2007 3:44:16 PM

Date:

姓名： _____

Name:

- | | | | |
|---|----------|---------|---------------|
| 32. 您是否住在有猫的房屋内？
<i>Do you live in a house with cats?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 33. 从上次注射破伤风疫苗到现在是否已经达到或超过 10 年时间？
<i>Has it been 10 years or more since your last tetanus shot?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |

先天缺陷风险因素 *Birth defect risk factors*

- | | | | | |
|---|-----------------|----------|---------------|---------------|
| 34. 这个孩子出生时，您是否已经 35 岁或更大？
<i>Will be you 35 or older when the baby is due?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| 35. 您、孩子的父亲或双方家庭的任何成员是否曾患有：
<i>Have you, the baby's father, or anyone in either of your families ever had:</i> | 实例：
example: | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| A. 囊性纤维性病变
<i>Cystic Fibrosis</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| B. 唐氏综合症
<i>Down's syndrome</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| C. 血友病或其它不正常出血
<i>Hemophilia or other bleeding disorders</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| D. 肌肉萎缩症
<i>Muscular dystrophy</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| E. 脊柱裂或脊髓异常
<i>Spina Bifida or spinal cord abnormalities</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| F. 镰状细胞贫血症
<i>Sickle cell disease</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| G. 任何其它遗传异常
<i>Any other genetic abnormality</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| 36. 您或者孩子的父亲是否有先天缺陷？
<i>Do you or the baby's father have a birth defect?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| 37. 您或者孩子的父亲是否有智力低下的近亲？
<i>Do you or the baby's father have any close relatives with mental retardation?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |
| 38. 是否有双胞胎、三胞胎家族史？
<i>Is there a family history of twins, or triplets?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure | |

社交史 *Social History*

- | | | | |
|---|----------|---------|---------------|
| 39. 您现在或过去是否吸烟？
<i>Do you now or have you ever smoked tobacco?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |
| 40. 您现在或过去是否酗酒？
<i>Do you now or have you ever consumed alcohol?</i> | 是
Yes | 否
No | 不确定
Unsure |

Initial Visit - OB/Gyn - Chinese

日期： 2/2/2007 3:44:16 PM

Date:

姓名： _____

Name:

41. 您目前是否正在服用或是否曾经服用大麻、致幻剂 (LSD)、冰毒、海洛因、兴奋剂、快克或可卡因？ <i>Are you currently using or have you ever used marijuana, LSD, speed, heroin, crystal, crack, or cocaine?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
42. 您是否和殴打或以任何方式伤害您的人住在一起？ <i>Do you live with anyone who hits you or hurts you in any way?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
43. 您是否是素食者？ <i>Are you a vegetarian?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
44. 自怀孕以来，您是否接触过 X 光或有毒化学物质？ <i>Since becoming pregnant, have you been exposed to any x-rays or toxic chemicals?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
45. 您去年是否服用过避孕药？ <i>Have you taken birth control medicine in the last year?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
46. 您的小孩有没有早产的？ <i>Were any of your children born prematurely?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure
47. 您是否进行过剖腹产？ <i>Have you ever had a c-section delivery?</i>	是 Yes	否 No	不确定 Unsure

请写下填表人姓名 _____
Please write the name of the person filling out this form