

病歷首頁

病歷號碼

初診日： 年 月 日

基本資料	姓名		生日	西元	身分證	
				年 月 日		
	電話		手機			
	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 (是否有過性行為: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 失婚 <input type="checkbox"/> 其他:				
地址	□□□					
E-mail						
緊急聯絡人		手機		預產期		
身高		公分	體重		公分	BMI
月經史	初經: 歲 月經周期: / 經量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 痛經: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸道疾病 <input type="checkbox"/> 其他疾病: _____					
藥物史	目前正在服用的藥物:					
過敏史	<input type="checkbox"/> 藥物過敏史: <input type="checkbox"/> 食物過敏史:					
家族史	包括遺傳諮詢					
資訊來源	從何處得知助產診所訊息: <input type="checkbox"/> 報章、DM(文宣) <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 親友介紹(姓名: _____)					
高危險	12周: <input type="checkbox"/> 有 _____ 分 <input type="checkbox"/> 無 24-28周: <input type="checkbox"/> 有 _____ 分 <input type="checkbox"/> 無					
妊娠	32周: <input type="checkbox"/> 有 _____ 分 <input type="checkbox"/> 無 轉診: _____					
血型						
旅遊史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 日期 _____ 地點 _____					
備註:						

妊娠圖

腹圍用藍文

宮底高度用紅點

