附件3

|  |  |
| --- | --- |
|  （單位全銜）**婚後孕前健康檢查個案紀錄單** | 檢查日期： 年 月 日 |
| 一、基本資料（由受檢者填寫）  | **配偶是否同時受檢：**□是 □否 |
| 姓名 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 結婚日期 |  年 月 日 | 國籍別 | □1本國 □2大陸 □3外籍( ) |
| 性別 |  □男 □女 | 身分證/居留證字號 |  | 連絡電話 | （公司） （行動）（住家） |
| 教育程度 | □1國中及以下 □2高中(職) □3大(專)學□4研究所 □5博士 □其他  | 身分別 | * 0一般戶 □1低/中低收入戶 □2原住民
* 3新移民 □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 | □1工商服務業 □2交通運輸業□3漁農牧業 □4軍公教□5家管 □6其他（ ） |
| 現居地 |  市縣 區 路街 段 巷 弄 號 樓之 |
| 配偶姓名 |  | 出生日期 |  | 身分證號 |  | 戶籍地 |  |
| 二、健康史 |
| 服藥習慣 | 是否長期服用藥物？□無 □有（藥物名稱： ） | 過敏史 | 是否對藥物、食物或其他物品過敏？□無 □有(藥物、食物、其他物品) 過敏描述：  |
| 疾病史 | □0.無 □1.慢性高血壓 □2.糖尿病 □3.心臟病 □4.外科疾病 □5.腎臟病□6.甲狀腺疾病 □7.血液凝固疾病 □8.法定傳染性疾病 □9.婦科腫瘤及癌症 □10.中樞神經疾病 □11.泌尿系統疾病 □12.消化道及肝臟疾病 □13.貧血 □14.紅斑性狼瘡及自體免疫疾病 □15.支氣管氣喘及肺部疾病 □16.癲癇 □17.危險暴露(吸菸、同居住者吸菸、飲酒) □18.心血管疾病史 □19.使用毒品□20.其他  |
| 三、健康行為

|  |  |
| --- | --- |
| 吸菸史 | 您目前是否吸菸? □否 □偶爾或應酬才吸 □經常或每天吸菸吸菸時間： 年 月 |
| 飲酒史 | 您目前是否喝酒? □否 □偶爾或應酬才喝 □經常喝飲酒時間： 年 月 |
| 檳榔史 | 您是否嚼檳榔? □否 □偶爾或應酬才嚼 □經常嚼嚼食時間： 年 月 |

四、月經史

|  |  |
| --- | --- |
| 月經史男性免填 | 1.初經年齡（ ）歲 2.最近一次月經日期： 月 日；期間： 日 3.出血量：□多 □適量 □少 4.月經週期： 天 5.月經規則性：□規則 □不規則 6.經痛：□無 □有 □不一定 7.陰道分泌物：□量多 □量少 □普通 □無惡臭味 □有惡臭味 |

五、家族史

|  |  |
| --- | --- |
| 家族病史 | 1.家族中有無先天性疾病個案：□無 □兔唇顎裂 □先天性心臟病 □染色體異常 □基因異常。2.家族中有無妊娠20週以上，至出生一歲內胎兒死亡案例? □無 □有3家族中有無自體免疫疾病病例? □無 □有4.家族中有無習慣性流產（連續流產3次以上）病例? □無 □有5.家族中有無先天性智能不足病例? □無 □有6..家族中有無幼兒生長發育遲緩病例? □無 □有7..家族中有無身心障礙者病例? □無 □有 8.其他：  |

六、一般檢查 |
| 身高 |  公分 | 體重 |  公斤 | 脈搏 |  次/分 | 血壓 |  mmHg |
| 身體質量指數 | BMI＝ ；BMI=體重(公斤)/身高(公尺)2； BMI介於18.5~23.9為健康體位 |

七、檢驗結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 尿 液(異常請填寫數值) | 血 液(異常請填寫數值) |
| 尿蛋白 | 尿糖 | 潛血 | 紅血球 | 白血球 | 細菌 | 上皮細胞 | antiHIV | VDRL | 女 性 |
| 糖化血色素 | 甲狀腺刺激素 |  | 德國麻疹抗體 | 水痘抗體 |
| 正常 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 陽性 |  |  |
| 異常 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 陰性 |  |  |
| 血液常規檢查：□正常  □異常( □WBC □RBC □Hb □Hct □platelet count □MCV □MCH □MCHC ) 異常數值：\_\_\_\_\_\_\_ |
| （男）精液：□未檢 □正常  □異常( □量過少 □精蟲數過少 □活動力不良 □型態不良 □白血球異常 □液化不全 □PH異常 □其他) |
| （女）子宮頸抹片檢查(含骨盆腔檢查)：□未檢 □正常  □異常 （細胞病理診斷代碼： ）  |
| 醫師意見與建議：□正常 □異常（項目 ）結果建議及異常處置追蹤： □衛教指導 □定期追蹤 □進一步檢查或治療 (追蹤日期與說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □轉介至其他醫療院所 (追蹤日期及說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □其他   醫師簽章：   |