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： | | | | | | | | | | | | | | |