



東區尤德夫人那打素醫院
Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital

產科門診 - 孕婦登記表格
OBSTETRIC CLINIC - REGISTRATION FORM

(職員填寫 Fill in by staff)

Date _____

ANTN _____

Gestation on ANTN _____

Chop & Sign _____

請於診症日攜同 香港身份證正本 及 地址證明

Bring along the original of Hong Kong Identity Card and address proof upon registration.

姓名(中文) : _____ (英文) : _____
Name (Chinese) (English)

香港身份證號碼 : _____
HKID No.

出生日期 : _____ / _____ / _____
Date of Birth 日(DD) 月(MM) 年(YE)

電話 : (住宅) _____ (辦公室) _____ (其他聯絡電話) _____
(Home) (Office) (Other Contact Tel. No.)

地址 Address (為方便電腦儲存資料, 請用英文填寫)

親人姓名(中文) : _____ (英文) : _____
Next of Kin(Chinese) (English)

關係 Relationship: _____ 聯絡電話 Contact Tel. No. : _____

以下由護士職員填寫 (Fill in by nursing staff only)

1. LMP: _____ EDC: _____

2. 轉介 Referral for 多胎妊娠評估 Multiple Pregnancy Assessment Clinic 唐氏綜合症篩查 Down Syndrome Screening

3. 產前首次見醫生日期: _____ Gestation on ANTN: _____
Date for Antenatal First Dr.'s Visit

4. 於其他診所已完成產前血檢驗: Yes (Date: _____ HA/Private: _____)
Antenatal Blood Test Done Previously(Opt Out)

已囑於產前檢查日帶回本人/丈夫血液檢驗報告

5. 其他 Others: _____

Staff Chop & Sign : _____



產科病歷問卷 Maternity Questionnaire

I. 個人資料 Personal Data

孕婦 Mother of Pregnancy

丈夫 Father of Pregnancy

姓名 Name

(請填英文 English please)

出生日期 Date of Birth

身份類別 Identity Category

- 香港居民 HK Citizen
 旅客 Traveller
 過期居留 Overstayer
 其他 Others

- 香港居民 HK Citizen
 旅客 Traveller
 過期居留 Overstayer
 其他 Others

香港身份證號碼

HKID No

種族 Racial Group

教育程度 Education Level

- 無 Nil 小學 Primary
 中學 Secondary
 大學/專上程度 Tertiary
 其他 Others

職業 Occupation

II. 個人背景 Social History

(如適用請“✓”， Please“✓”if applicable)

耶和華見證人信徒 Jehovah's Witness 否 No 是 Yes 拒絕輸血 Deny blood transfusion 否 No 是 Yes夫婦有血緣關係 Consanguinity 沒有 No 有 Yes 請註明 Please specify _____吸煙人士 Smoker 否 No 是 Yes 已吸煙____年 Duration ____ yrs 每日吸煙____支 Amount ____ cigs/day已戒煙 Ex-smoker 否 No 是 Yes 懷孕前 Before pregnancy 懷孕____週 Pregnancy ____ weeks飲酒人士 Drinker 否 No 是 Yes 已飲酒____年 Duration ____ yrs 每日飲酒____支 Amount ____ bottles/day已戒酒 Ex-drinker 否 No 是 Yes 懷孕前 Before pregnancy 懷孕____週 Pregnancy ____ weeks服用軟性藥物 Drug Abuse 沒有 No 有 Yes 請註明 Please specify _____III. 過去產科歷史 Past Obstetric History

日期(日/月/年) Date(D/M/Y)	醫院 Hospital	懷孕週數 Gestation	分娩方式 Mode of delivery	嬰兒性別 Sex of baby	出生體重 Birth weight (kg)	小產或人工流產 Miscarriage/ Termination of Pregnancy	懷孕期或產後併發症 Antenatal or puerperal complication

曾否生產受乙型鏈球菌感染之嬰兒? Any history of previous baby affected by Group B Streptococcus infection?

 是 Yes 否 No

已參閱有關「乙型鏈球菌拭子普及篩查」資訊單張 I have read the Information Sheet on Group B Streptococcus Screening

 是 Yes 否 No (請於產前新症評估當天填寫 Please fill in during Antenatal Assessment)

孕婦姓名 Name of Mother of Pregnancy _____

香港身份證號碼 HKID No. _____

IV. 孕婦之家族病歷 Family History

	是 Yes	否 No	關係 Relationship	請註明 Please specify
糖尿病 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
重性精神病 Major Psychiatric Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
多胎妊娠 Multiple Pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
患有先天性疾病及畸形 Genetic Disease & Malformations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
其他 Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

V. 孕婦個人病歷 Medical History

	是 Yes	否 No	請註明 Please specify
糖尿病 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
心臟病 Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
甲狀腺疾病 Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
其他疾病 Others Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
曾否接受手術 Surgical Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
藥物敏感 Drug Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

水痘病歷: 有 Yes 沒有 No 不知道 Unknown 曾注射疫苗 Vaccinated
History of Chickenpox: _____

麻疹病歷: 有 Yes 沒有 No 不知道 Unknown 曾注射疫苗 Vaccinated
History of Measles: _____

※ 如有需要，本人同意院方將產前新症評估當天所抽的血液標本作化驗水痘抗體之用。

I am willing to use my blood sample taken on Antenatal Assessment to test for VZV antibodies if clinically indicated.

同意 Agree 不同意 Disagree 不適用 Not applicable

VIII. Menstrual History

最後行經日期的第一天 The 1st day of your last menstrual period : _____ 肯定 sure 不肯定 not sure

月經週期 Cycle length : _____ 日/days 首次驗孕陽性日期 Date of 1st positive pregnancy test: _____

今次懷孕 Present Pregnancy 有計劃 Planned 沒有計劃 Not planned

懷孕方法 Method of conception 自然懷孕 Natural 人工授孕 Assisted

過往避孕方法 Previous contraception 口服避孕藥 O.C. pill 避孕套 Condom

避孕針 Injection 子宮環 IUCD

無避孕 Nil 其他 Others : _____