



東區尤德夫人那打素醫院 - 產科登記表格及病歷問卷

Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital – Obstetric Registration & Maternity Questionnaire

I. 個人資料 Personal Data

母親 Mother of Pregnancy

父親 Father of Pregnancy

中英文姓名 Chinese & English Name \_\_\_\_\_

出生日期 Date of Birth \_\_\_\_\_

身份類別 Identity Category

- 香港居民 HK Citizen  
 旅客 Traveler  
 雙程證 Two-way Permit  
 過期居留 Overstayer  
 擔保書 Recognizance  
 其他 Others

- 香港居民 HK Citizen  
 旅客 Traveler  
 雙程證 Two-way Permit  
 過期居留 Overstayer  
 擔保書 Recognizance  
 其他 Others

香港身份證號碼 HKID No \_\_\_\_\_

種族 Racial Group \_\_\_\_\_

職業 Occupation \_\_\_\_\_

教育程度 Education Level

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

電話 Phone No

住宅 Home \_\_\_\_\_ 辦公室 Office \_\_\_\_\_ 手提 Mobile \_\_\_\_\_

地址 Address (請以英文填寫) \_\_\_\_\_

親人姓名(中文): \_\_\_\_\_ Name of Next of Kin(English): \_\_\_\_\_ 關係 Relationship: \_\_\_\_\_ 聯絡電話 Tel. No. : \_\_\_\_\_

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  接受輸血 Accept blood transfusion / products  
 拒絕輸血 Reject blood transfusion / products

吸煙人士 Smoker  否 No  是 Yes 已吸煙 \_\_\_ 年 Duration \_\_\_ yrs  
 每日吸煙 \_\_\_ 支 Amount / day \_\_\_ cigs

已戒煙人士 Ex-smoker  否 No  是 Yes  於懷孕時 \_\_\_ 週戒煙 Quit at pregnancy \_\_\_ weeks  
 於懷孕前戒煙 Quit before pregnancy

飲酒人士 Drinker  否 No  是 Yes 已飲酒 \_\_\_ 年 Duration \_\_\_ yrs  
 每日飲酒 \_\_\_ 支 Amount / day \_\_\_ bottles

已戒酒人士 Ex-drinker  否 No  是 Yes  於懷孕 \_\_\_ 週戒酒 Quit at pregnancy \_\_\_ weeks  
 於懷孕前戒酒 Quit before pregnancy

服用軟性藥物 Drug Abuse  否 No  是 Yes (請註明 Please specify \_\_\_\_\_)

夫婦有血緣關係 Consanguinity  否 No  是 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 Place of Delivery	懷孕週數 Gestation	小產或人工流產 Miscarriage / Termination of Pregnancy	分娩方式 Mode of delivery	嬰兒性別 Sex of baby	出生體重 Birth weight (kg)	懷孕期或產後併發症 Antenatal/puerperal complication	嬰兒受 B 型鏈球菌感染 Baby affected by Group B Streptococcus. infection
								<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
								<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
								<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
								<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
								<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No

#### IV. 孕婦之家族病歷 Family History

	沒有 No	有 Yes	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

	沒有 No	有 Yes	請註明 Please specify
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"/>	_____
糖尿病 Diabetes Mellitus	<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"/>	_____

	曾受感染 Previous Infection			曾接受有關疫苗接種 Previous Vaccination		
	沒有 No	有 Yes	不知道 Unknown	沒有 No	有 Yes	不知道 Unknown
麻疹 Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘 Chickenpox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※如需要，本人同意院方將掛號當天所抽的血液標本作化驗水痘抗體之用  同意  不同意  不適用

I consent to use my 1<sup>st</sup> visit day blood sample to test for VZV antibodies if clinically indicated.  Yes  No  Not applicable

#### VI. 月經情況及是次懷孕資料 Menstrual History and Present Pregnancy Information

最後行經日期的第一天 The 1<sup>st</sup> day of your last menstrual period : \_\_\_\_\_  肯定 Sure  不肯定 Not sure

首次驗孕陽性日期 Date of 1<sup>st</sup> positive pregnancy test: \_\_\_\_\_ 月經週期 Cycle length : \_\_\_\_\_ 日/days

過往主要避孕方法  避孕套 Condom  避孕針 Injection  子宮環 IUCD  口服避孕藥 O.C. pill

Previous major contraception method  無避孕 Nil  其他 Others : \_\_\_\_\_

是次懷孕 Present Pregnancy  有計劃 Planned  無計劃 Not planned

懷孕方法 Method of Conception  自然懷孕 Natural  人工受孕 Assisted

#### VII. 注意事項 Notice to Patient

1. 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.

2. (請於產前新症評估當天填寫 Please fill in during Antenatal Assessment)

我已參閱「乙型鏈球菌拭子普及篩查」資訊單張 I have read Group B Streptococcus Screening Information  是 Yes  否 No

職員填寫 (By staff only)

Triage / Countercheck Staff chop & sign  /	Receiving Date: _____ EDC Date: _____ <input type="checkbox"/> No morphology scan in PYNEH explained																							
	OBS ANTEN Date: _____ Gestation on ANTEN: _____ <input type="checkbox"/> PM																							
Assessment Staff chop & sign	Gestation on ANTEN: _____ Others: _____																							
	Completed Antenatal Blood Test: _____ (Date) _____ (HA/Private)																							
	<input type="checkbox"/> Reminded to return mother/father blood test reports																							
	Refer <input type="checkbox"/> Multiple Pregnancy Assessment Clinic																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PDC for</th> <th>Gestation</th> <th>NIPT</th> <th>Dating</th> <th rowspan="5"><input type="checkbox"/> Others</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Downs</td> <td>17-19w6d</td> <td>NA</td> <td>+/-</td> </tr> <tr> <td>PETS</td> <td rowspan="2">14-16w6d</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Dating</td> <td>✓</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>DSS</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>DSS</td> <td>≤ 13w6d</td> <td>✓/x</td> <td>✓/x</td> </tr> </tbody> </table>	PDC for	Gestation	NIPT	Dating	<input type="checkbox"/> Others	Downs	17-19w6d	NA	+/-	PETS	14-16w6d	✓	✓	Dating	✓	x	DSS		x	x	DSS	≤ 13w6d	✓/x
PDC for	Gestation	NIPT	Dating	<input type="checkbox"/> Others																				
Downs	17-19w6d	NA	+/-																					
PETS	14-16w6d	✓	✓																					
Dating		✓	x																					
DSS		x	x																					
DSS	≤ 13w6d	✓/x	✓/x																					
ARS Record Entry Staff chop, sign & date	OBS ANTA Date: _____																							