



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 \_\_\_\_\_

閣下填報時如有困難，請於診症日攜帶下列證件，方便本院職員辦理：

- 身份證明文件 (身份証或護照) 及 地址證明文件

If you encounter any difficulty in filling this form, our staff will help you if you bring along your identification documents

(HKID or passport, and a proof of address to facilitate data input)

姓名(中文)：\_\_\_\_\_ (英文)：\_\_\_\_\_  
Name (Chinese) (English)

身份証 / 護照號碼：\_\_\_\_\_  
HKID / Passport No.

出生日期：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date of Birth 日(DD) 月(MM) 年(Y)

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. Para: \_\_\_\_\_

2. LMP: \_\_\_\_\_ EDC: \_\_\_\_\_

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

4. 產科覆診日期: \_\_\_\_\_  
Date for Antenatal check up

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

6. 其他 Others: \_\_\_\_\_  
 已囑於產前檢查日帶回本人/丈夫血液檢驗報告

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	<input type="checkbox"/> 香港居民 HK Citizen <input type="checkbox"/> 旅客 Traveller <input type="checkbox"/> 過期居留 Overstayer <input type="checkbox"/> 其他 Others	<input type="checkbox"/> 香港居民 HK Citizen <input type="checkbox"/> 旅客 Traveller <input type="checkbox"/> 過期居留 Overstayer <input type="checkbox"/> 其他 Others
香港身份證/身份證明文件號碼 HKID / Identity Doc No	_____	_____
種族 Racial Group	_____	_____
教育程度 Education Level	<input type="checkbox"/> 無 Nil <input type="checkbox"/> 小學 Primary <input type="checkbox"/> 中學 Secondary <input type="checkbox"/> 大學/專上程度 Tertiary <input type="checkbox"/> 其他 Others	
職業 Occupation	_____	_____

## II. 個人背景 Social History

(如適用請“✓”，不適用請“X” Please “✓” if applicable, “X” if Not applicable)

- 「耶和華見證人」教會信徒 Jehovah's Witness
- 夫婦有血緣關係 Consanguinity      請註明 Please specify \_\_\_\_\_
- 吸煙人士 Smoker      已吸煙 \_\_\_\_\_ 年 Duration \_\_\_\_\_ yrs    每日吸煙 \_\_\_\_\_ 支 Amount / day \_\_\_\_\_ cigs
- 已戒煙 Ex-smoker, Quit:     懷孕前 Before pregnancy     懷孕 \_\_\_\_\_ 週 Pregnancy \_\_\_\_\_ weeks
- 飲酒人士 Drinker      已飲酒 \_\_\_\_\_ 年 Duration \_\_\_\_\_ yrs    每日飲酒 \_\_\_\_\_ 支 Amount / day \_\_\_\_\_ bottles
- 已戒酒 Ex-drinker, Quit:     懷孕前 Before pregnancy     懷孕 \_\_\_\_\_ 週 Pregnancy \_\_\_\_\_ weeks
- 服用軟性藥物 Drug Abuse      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	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 B 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「B 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      (請於掛號當天填寫 Please fill in during the new case booking day)

請往後頁繼續填寫 P.T.O.

孕婦姓名 Name of Mother of Pregnancy \_\_\_\_\_

香港身份證/身份證明文件號碼 HKID / Identity Doc 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"/>	_____

曾否感染水痘/生蛇?  是 Yes  否 No  不知道 Unknown

Any history of Chickenpox infection/ Shingles?  曾注射疫苗 Received Varicella Vaccination

曾否感染麻疹?  是 Yes  否 No  不知道 Unknown

Any history of Measles infection?  曾注射疫苗 Received Measles Vaccination

※ 如有需要，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。

I am willing to use my blood sample taken on the 1<sup>st</sup> visit day 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 1<sup>st</sup> 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 1<sup>st</sup> 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 : \_\_\_\_\_

計劃母乳餵哺 Intend to Breastfeed  是 Yes  否 No