

Bryan S. Jick, MD, FACOG  
 Jennifer Y. Park, MD, FACOG  
 Della J. Fong, MD, FACOG  
 Michael S. Mitri, MD, Ob/Gyn  
 Joanna Y. Woo, DO, Ob/Gyn  
 Diane K. Guerrero, RNC, WHNP  
 625 South Fair Oaks Avenue  
 Suite 255, South Lobby  
 Pasadena, CA 91105



[drjick@fowh.com](mailto:drjick@fowh.com)  
[drpark@fowh.com](mailto:drpark@fowh.com)  
[drfong@fowh.com](mailto:drfong@fowh.com)  
[drmitri@fowh.com](mailto:drmitri@fowh.com)  
[drwoo@fowh.com](mailto:drwoo@fowh.com)  
[www.fowh.com](http://www.fowh.com)

Voicemail 626.696.2688  
 Facsimile 626.585.0695  
 Telephone 626.304.2626

感谢您的回答所有以下的问题。如果可能的话请用英文回答。我们很重视您的健康。恭喜！  
 Thank you for answering all of the following questions. Your health is important to us. Congratulations!

**产科病史表**  
**OBSTETRICS PATIENT HISTORY FORM**

今天的日期 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
 TODAY'S DATE \_\_\_\_\_ Your age \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

您的姓名 ( 姓 ) \_\_\_\_\_ ( 名 ) \_\_\_\_\_  
 YOUR NAME (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (M.I.) \_\_\_\_\_

您的配偶/伴侣的全名 \_\_\_\_\_  
 Your spouse/partner's full name \_\_\_\_\_

您的种族 \_\_\_\_\_ 推荐人: \_\_\_\_\_  
 Your Ethnicity:  中国人  其他: \_\_\_\_\_ REFERRED HERE BY: \_\_\_\_\_

**1. 此次怀孕**  
**1. CURRENT PREGNANCY**

末次月经的第一天是什么时候? \_\_\_\_\_ 这个日子确定吗? \_\_\_\_\_  
 What was the FIRST day of the last menstrual period? \_\_\_\_\_ Is this date definite? (Y/N) \_\_\_\_\_

经期正常吗?  是  否 经期长度?(平均=28天) \_\_\_\_\_ 第一次验孕阳性日期 \_\_\_\_\_  
 Cycles regular? (Y/N) \_\_\_\_\_ Cycle length (avg=28 days) \_\_\_\_\_ Date of first pos. preg. test \_\_\_\_\_

受孕方法(选其一)  自然受孕 受孕日期? \_\_\_\_\_  宫腔内人工授精 (日期 \_\_\_\_\_)  
 Conception (check one):  normal Date of conception? \_\_\_\_\_  IUI (date \_\_\_\_\_)

体外人工受精新鲜胚胎移植(取卵日期 \_\_\_\_\_)  冷冻胚胎移植 (日期 \_\_\_\_\_)  
 IVF fresh cycle (date of egg retrieval \_\_\_\_\_)  IVF frozen embryo (Date of embryo transfer \_\_\_\_\_)

您在怀孕前的体重? \_\_\_\_\_ 您身高多少(英尺/英寸)? \_\_\_\_\_  
 What was your weight just before becoming pregnant? \_\_\_\_\_ What is your height? \_\_\_\_\_

您最后一次宫颈抹片检查日期? \_\_\_\_\_ 在何处检查的? \_\_\_\_\_ 是否正常?  是  否  
 When was your last pap smear? \_\_\_\_\_ By whom? \_\_\_\_\_ Was it normal?  YES  NO

**2. 过去怀孕详情**  
**2. PAST PREGNANCY DETAILS**

总怀孕次数 Total preg #	足月出生次数(>37周) Fullterm	早产次数(<37周) Premature	人工流产次数 Terminations	自然流产次数 Miscarriages	宫外孕 Ectopic	活产之次数 # of Living

生产日期 Date	怀孕周期 # weeks	产程长度 Length	出生体重 Birth Wt.	男女 M F	自然产或剖腹产 Vaginal or C/S	无痛麻醉 Anesthesia	并发症/问题 Complications	地点 Location

请使用反面添加孕产史详情

英文姓名: \_\_\_\_\_

### 3. 患者个人病史 3. PATIENT MEDICAL HISTORY

有请打勾	健康问题	注释
	1. 糖尿病 ( 1, 2 型或妊娠期糖尿病 )。有无服用任何药物? Diabetes (type 1, type 2 or previous gestational diabetes)	
	2. 高血压 ( 包括现,或过去,或与怀孕时 ) High Blood Pressure	
	3. 心脏疾病 ( 昏厥, 心脏杂音, 心律不整, 心脏病发作, 心瓣膜异常 ) Heart Disease	
	4. 自身免疫性疾病 ( 狼疮, 类风湿关节炎, 纤维肌痛或其它相关问题 ) Autoimmune Disorder	
	5. 肾病或尿道感染 ( 复发性尿道感染, 肾结石 ) Kidney Disease or Urinary Tract Infections (UTI)	
	6. 癫痫症或神经系统疾病 ( 偏头痛, 癫痫, 或中风 ) Seizure Disorder or Neurologic Disease	
	7. 心理健康状况 ( 包括焦虑或惊恐发作, 强迫症, 双相情感障碍, 进食障碍 )	
	8. 抑郁病史或产后抑郁症 ( 轻度或重度, 企图自杀, 或需住院治疗 ) History of Depression or Postpartum Depression	
	9. 胃肠或肝病 ( 肠易激综合征[ IBS ], 克罗恩病, 溃疡性结肠炎 ) Gastrointestinal or Liver Disease	
	10. 静脉曲张或血栓静脉中 ( 肺栓塞, 深静脉血栓 ) Varicose Veins or Blood Clots in Veins	
	11. 甲状腺病 ( 机能减退或亢进, 甲状腺癌或放射线治疗 ) Thyroid Disease	
	12. 家庭暴力 ( 现在或曾经 ) Domestic Violence	
	13. 血液疾病或输血 ( 贫血, 凝血问题, 输血 ) History of Blood Disorders or Transfusion	
	14. 吸烟史 ( 现任或曾经吸烟者 ) Smoking History	
	15. 饮酒史 ( 当前或过去的使用 ) Alcohol Use History	
	16. 有无过使用毒品 Illicit or Recreational Drug Use History	
	17. 溶血性疾病 Rh Disease or Rh Negative	
	18. 肺病 ( 哮喘, 慢性支气管炎, 肺结核 ) Lung Disease	
	19. 季节性过敏 ( 花粉症, 哮喘 ) Seasonal Allergies	
	21. 乳腺疾病或乳腺外科手术 Breast Disease or Breast Surgery	
	23. 麻醉的并发症 Complications of Anesthesia	
	25. 宫颈抹片异常历史 ( 任何治疗方法, 如冷冻或 LEEP 刀 ) History of Abnormal Pap Smear	
	26. 子宫异常的历史 ( 双子宫, 单角子宫 ) History of Uterine Abnormality	
	27. 不孕或试管婴儿, 人工授精的历史 History of Infertility or IVF, IUI, insems?	
	28. 腰背问题或脊椎手术 Low Back Problems or Back Surgery?	

\*注 - 一些数字被跳过, 由于该数据被输入到电子病历

英文姓名: \_\_\_\_\_

**4. 过去手术或住院**  
**4. SURGERY or HOSPITAL ADMISSIONS**

手术或住院详细 Surgery or Hospital Admission - Details	日期 Year

**5. 本次怀孕后出现的症状**  
**5. SYMPTOMS SINCE BECOMING PREGNANT**

如有以下不适请勾选

**基本方面 General**

- 疲劳或虚弱 Fatigue or Weakness  
 发热，畏寒或盗汗 Fever, Chills or Sweats  
 食欲丧失 Loss of Appetite

**泌尿 Urinary**

- 排尿困难 Burning with Urination  
 漏尿 Leakage of Urine  
 夜尿2次以上 Waking at night 2 or more times

**眼，耳，鼻，喉 Eyes, Ears, Nose and Throat**

- 流鼻血 Nose Bleeds  
 喉咙痛 Sore Throat  
 视力或听力变化 Vision or Hearing Changes

**皮肤 Skin**

- 瘙痒 Itching  
 痣或溃疡 Moles or Sores  
 皮疹 Rash

**乳房 Breasts**

- 乳房肿块 Breast Lump  
 乳房疼痛 Breast Pain or Tenderness  
 乳房分泌 Nipple Discharge (other than white)

**神经 Neurologic**

- 头晕 Dizziness  
 头痛 Headaches  
 偏头痛 Migraines  
 记忆力问题 Memory Problems

**心血管 Cardiovascular**

- 胸痛 Chest Pain  
 不规则的心跳或心悸 Irregular Heartbeat or Palpitations

**肌肉骨骼 Musculoskeletal**

- 关节疼痛 (背部，膝关节，腕关节，髋关节)  
 Joint Pain (Back, Knee, Wrist, Hip)  
 关节肿胀 Joint Swelling  
 肌肉痉挛或疼痛 Muscle Cramping or Pain

**呼吸道 Respiratory**

- 慢性咳嗽 Chronic Cough  
 气短 Shortness of Breath  
 喘息 Wheezing

**心理 Psychological**

- 焦虑，担忧，应力过度  
 Anxiety, Worries, Stress (Excessive)  
 郁闷，忧郁 Depressed  
 情绪失控 Feeling Out of Control

**胃肠道 Gastrointestinal**

- 腹泻 (水便) Diarrhea (watery stool)  
 胃灼热 Heartburn  
 恶心或呕吐 Nausea or Vomiting  
 严重便秘 Severe Constipation

其他上面没有列出的症状：

---



---



---

英文姓名：\_\_\_\_\_

**6. 遗传筛查  
6. GENETIC SCREENING**

1. 预产期您将会是 35 岁吗 IS PATIENT GOING TO BE AGE 35 BY THE DUE DATE?	是 Yes	否 No
2. 地中海型贫血或血红蛋白症 HISTORY of THALASSEMIA or HEMOGLOBIN DISORDER		
3. 神经管畸形 ( 脊柱裂 ) 的历史 HISTORY of NEURAL TUBE DEFECT (spina bifida)		
4. 先天性心脏病史 HISTORY of CONGENITAL HEART DEFECT		
5. 唐氏征 HISTORY of DOWN SYNDROME		
6. & 7. 宝宝的母亲或父亲是德裔犹太人吗? 如果是的话, 有無任何的基因测试? IS THE MOTHER OR FATHER OF THE BABY ASHKENAZI JEWISH or CAJUN?		
8. 镰状细胞贫血或镰性状 HISTORY of SICKLE-CELL ANEMIA or SICKLE-TRAIT		
9. 血友病 HISTORY of HEMOPHILIA		
10. 肌肉萎缩症 HISTORY of MUSCULAR DYSTROPHY		
11. A. 纤维囊肿 HISTORY of CYSTIC FIBROSIS B. 母亲或父亲宝宝白种人/欧洲人 IS THE MOTHER or THE FATHER CAUCASIAN/EUROPEAN?		
12. 是否有亨廷顿氏病 ( 亨廷顿舞蹈病 ) HISTORY of HUNTINGTON'S DISEASE (HUNTINGTON'S CHOREA)		
13. 智力低下 HISTORY of MENTAL RETARDATION If yes, was testing for Fragile X chromosome done?		
14. 任何遗传基因综合征或任何先天性缺陷 HISTORY of ANY INHERITABLE GENETIC SYNDROME or ANY BIRTH DEFECTS		
15. 苯酮尿症或其他代谢综合征 HISTORY of MATERNAL PKU OR OTHER METABOLIC SYNDROME		
16. 病人或孩子的父亲有无任何先天性缺陷孩子 PATIENT OR BABY'S FATHER HAD A CHILD WITH ANY BIRTH DEFECTS		
17. 死产或多次流产 HISTORY OF STILLBIRTH OR 2 OR MORE MISCARRIAGES		
18. 自末次月经有無任何非法药物的使用 ANY HISTORY OF ILLICIT DRUG USE SINCE LAST MENSTRUAL PERIOD		

**7. 正在服用的药物  
7. PRESCRIPTION MEDICATIONS YOU ARE TAKING**

列出英文药名, 剂量, 和原因

**8. 保健食品或维他命  
8. DRUG STORE MEDICATION, VITAMINS AND SUPPLEMENTS YOU ARE TAKING**

列出产品名称和用量

您使用的药局: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

英文姓名: \_\_\_\_\_

## 过敏史 ALLERGIES

您是否对任何东西过敏？  无过敏  
Any allergy?  None

是否对乳胶过敏？  无过敏  有过敏  
Latex Allergy?  Yes  No

**如果是，请列出所有过敏和你的过敏反应**

过敏源	过敏反应

## 9. 感染史 9. INFECTION HISTORY

1. 您是否有与有结核病人生活过？ DO YOU LIVE WITH SOMEONE WHO MIGHT HAVE TUBERCULOSIS?	是 Yes	否 No
2. 您或您的伴侣是否有生殖器疱疹的病史？ DO YOU or YOUR PARTNER HAVE A HISTORY OF <b>GENITAL</b> HERPES?	是 Yes	否 No
3. 末次月经后您是否有过皮疹或病毒性疾病？ HAVE YOU HAD A SKIN RASH or VIRAL ILLNESS SINCE YOUR LAST PERIOD?	是 Yes	否 No
4. 您有没有对乙肝或丙肝检测呈阳性？ HAVE YOU EVER TESTED POSITIVE FOR HEPATITIS B OR C ?	是 Yes	否 No
5. 您有没有过淋病，梅毒，衣原体感染，艾滋病毒，或性病？（圈上任何适用的） HAVE YOU EVER HAD GONORRHEA, SYPHYLLIS, CHLAMYDIA, HIV or VENEREAL WARTS? (circle any that apply)	是 Yes	否 No
6. 您或您的伴侣有没有输血史或静脉注射毒品使用的历史？ DO YOU OR YOUR PARTNER HAVE A HISTORY OF A BLOOD TRANSFUSION OR A HISTORY OF IV DRUG USE?	是 Yes	否 No

## 10. 家族病史 10. FAMILY MEDICAL HISTORY

如果您的任何近亲 - 如祖父母，父母，兄弟，姐妹 - 有过或目前有以下任何的问题请填写

CONDITION	如有详情请填写
1. 糖尿病，高血脂，甲状腺疾病 (Diabetes, High Cholesterol, Thyroid)	
2. 高血压，心脏病，中风 (Hypertension, MI, Stroke)	
3. 肺结核，哮喘等肺部疾病 (Tuberculosis, Asthma, Other Lung Disease)	
4. 乳腺病，乳腺癌 (Breast Disease, Breast Cancer)	
5. 胃，胃肠道或结肠疾病或癌症 (Stomach, GI or Colon Disease or Cancer)	
6. 肾脏疾病，肾结石 (Kidney Disease, Kidney Stones)	
7. 妇科疾病，卵巢癌，子宫肌瘤 (GYN Disease, Ovarian Cancer, Uterine Fibroids)	
8. 肌肉骨骼疾病，骨质疏松 (Musculoskeletal Disease, Osteoporosis)	
9. 神经系统或神经系统疾病，偏头痛 (Neurologic or Nervous System Disease, Migraines)	
10. 严重抑郁症或其他精神状况的任何形式 (Severe Depression or Other Psychiatric Condition)	
11. 遗传病或先天缺陷 (Genetic Disease or Birth Defect of Any Kind)	
12. 白血病，淋巴瘤，或任何血液或骨髓疾病 (Leukemia, Lymphoma or Any Blood or Bone Marrow Disease)	
13. 任何相对以前有过骨髓移植 (Any Relative Ever Had a Bone Marrow Transplant)	
14. 癌症或恶性肿瘤 (Any Type of Cancer or Malignant Tumors)	

英文姓名： \_\_\_\_\_

11. 附加怀孕问题  
11. ADDITIONAL PREGNANCY ISSUES

1. 除非您拒绝，我们将一律筛选爱滋病毒。 It is now advised to screen all pregnant women for the HIV virus. This will be added to your initial prenatal labs unless you decline	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反对 <input type="checkbox"/> 不确定
2. 您希望做唐氏综合症胎儿后颈皮下透明层的测试吗？(我们将在您第一次看诊讨论。) Have you heard about Nuchal Translucency testing for Down Syndrome? (We will discuss this during your first visits.)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反对 <input type="checkbox"/> 不确定
3. 您有没有听说过 MaterniT21 测试在母亲血液中胎儿的DNA？ Have you heard about the MaterniT21 test for fetal DNA in the mother's bloodstream? If you are 34 or over, you might be a candidate	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
4. 您每日有无食用3份乳制品？如没有，我们建议每天补钙（如CitraCal）与维生素D。 Do you get 3 servings per day of dairy products (milk, yogurt, cheese)? If not, we advise a daily Calcium Supplement (like CitraCal) with Vit D	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
5. 家里有没有养猫？如果有，建议孕妇不要换变猫砂。 Do you own any cats? If so, it is advised that pregnant women not change the cat litter	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
6. 您的工作场所是否有任何可疑的危险？您的工作是什么？ Are there any known or suspected hazards in your workplace? What is your occupation?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
7. 孕期您是否有飞行的计划？如果有，我们一般建议 32 周后尽量不要飞行。 Do you have plane trips planned during this pregnancy? If so, we generally advise not flying after 32 weeks gestational age	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
8. 在过去的一年里，您有没有受过威胁，被打，被打耳光，或被踢？是否有感到不安全？ In the past year, have you been threatened, hit, slapped or kicked by anyone you know or do you feel unsafe where you live?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 请问我
9. 您是否都有使用安全带？ Do you use a seat belt 100% of the time while driving?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
10. 您是否有考虑输卵管结扎（永久绝育）？ Are you considering having a tubal ligation (permanent sterilization)?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
11. 如果您生男孩子，是否要割礼/割包皮？ If you have a boy, do you want him circumcised?	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反对 <input type="checkbox"/> 不确定
12. 您有没有长过水痘？如果没有，您有没有接种过疫苗？ Have you ever had chicken pox? If not, have you been vaccinated or have you already tested immune?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
13. 您有没有曾经为阴道B链球菌或B组链球菌测试呈阳性？ Have you ever tested positive for Vaginal Strep B or Group B Strep?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
14. 您有没有打算储存婴儿的脐带血？ Do you plan to save the baby's umbilical cord blood at the time of delivery or would you like more information about this?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
15. 是否已选小儿科医生，请填写他的名字。此医生是否有到亨廷顿医院？ If you already have a Pediatrician, please enter their name. Is this doctor on staff at Huntington Hospital?	Dr. _____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 不确定
16. 请参阅我们的网站 Please see our OB guide on the web at: <a href="http://www.pasadenapregnancy.com">www.pasadenapregnancy.com</a>	

我们将会在怀孕过程回答您所有的疑虑。上述清单是为了帮助您开始想一下其中的一些问题。

笔记或问医生的问题: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

英文姓名: \_\_\_\_\_