

病人医疗资料 Patient Medical Information

我们会严格保密您的医疗信息。这份健康史会帮助医生准确的了解您/您的配偶的病历史。如果您对于其中某些问题无法回答，便可打问号。谢谢您的配合。

1. 请列出你和你的配偶可能有的疾病： / List any medical problems you or your partner may have:

本人 / You _____ 配偶 / Your Partner _____

2. 请列出你和你的配偶曾做过的手术： / List any surgeries you or your partner have had:

本人 / You _____ 配偶 / Your Partner _____

3. 请列出你和你的配偶现在服用的药： / List all medications you or your partner are currently taking:

本人 / You _____ 配偶 / Your Partner _____

4. 你和你的配偶是否曾得过的性病： / Have you or your partner had any sexually transmitted diseases?

本人 / You _____ 配偶 / Your Partner _____

5. 你和你的配偶是否饮酒, 抽烟 或吸毒? / Do you or your partner drink, smoke or use illicit drugs?
如果有, 请列出: If yes, please list:

本人 / You _____ 配偶 / Your Partner _____

6. 请按年份将你之前每次怀孕的结果列出： / List all your previous pregnancies and their outcomes by year:

月份/年 Month/Year	怀孕结果 Pregnancy Outcome	月份/年 Month/Year	怀孕结果 Pregnancy Outcome

7. 请按年份将你之前的治疗和结果列出： / List all your previous treatments and their outcomes by year:

月份/年 Month/Year	治疗和结果 Treatment Outcome	月份/年 Month/Year	治疗和结果 Treatment Outcome

8. 你上次全面体检是什么时候? / last full physical exam? _____ 子宫颈抹片检查? / Pap smear? _____

病人签名: _____

日期: _____