郭大庆不孕症试管婴儿中心 - 新病患表格

Date 日期: _____
月 Month 日 Day 年 Year

Name 护照上的英文名字: _____
姓 Last 名 First 中间名字 Middle

Date of Birth 出生日期: _____ Age 年龄: _____
月 Month 日 Day 年 Year

Driver's License 驾照(州名 State) _____ Social Security 社安号: _____

Address 地址: _____ Home Tel. No. 居家电话: _____

_____ Work Tel. No. 工作电话: _____

Email 电子邮件: _____ Cell Tel. No. 手机: _____

How did you hear about us 您是怎么知道我们的?

□ Physician 医师 □ Friend 朋友 □ Agency 仲介 □ Internet 网页 □ TV 电视 □ Radio 收音机 □ Magazine 杂志
□ Book 书籍 □ Telephone yellow pages 电话簿黄页 □ Newspaper 报纸 □ Other 其他

If referred by a physician 如果您是由医生介绍来的:

Physician name 医生英文名字: _____ Medical Specialty 医疗专业: _____

Address 地址: _____ Office Tel. No. 工作电话: _____

_____

Reason for visit 看郭医生之理由: _____

Marital Status 婚姻状况: □Single 单身 □Married 已婚 □In a relationship 热恋 □Separated 分居 □Divorced 离婚 □Widowed 寡妇

Do you have a sexual partner 有性伴侣吗? □Yes 是 □ No 无 Gender of partner 伴侣性别? □ Male 男 □Female 女

Menstrual History 月经史:

First day of last menstrual period 上次来月经的第一天: Date 日期: _____
月 Month 日 Day 年 Year

Age at first period 第一次来月经周期年龄: _____ years old 岁.

Menstrual cycles 月经周期 (1st day of bleeding to next 1st day of bleeding 上次出血第一天到下次出血第一天) range from 范围从: _____
(shortest cycle 最短周期) days to 天到_____ (longest cycle 最长周期) days 天.

Duration of bleeding in days 出血持续天数(circle all that apply 圈出所有答案): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 more 更多天

Does bleeding or spotting occur between periods 在两月经周期间会有流血或血斑点? □ No 不会 □ Yes 会

Are your periods painful 您月经周期会痛苦煎熬吗? □ No 不会 □ Yes 会

Gynecology History 妇科历史:

Do you have pain during sex 您在性交时会疼痛吗? □ No 不会 □ Yes 会

Date of last Pap smear 最后一次巴氏涂片日期? _____ Any prior abnormal Pap smear 有任何以前巴氏涂片异常? □ No 没有 □ Yes 有

If Yes, treatment 假如有的话, 治疗方法: □ Colposcopy 阴道镜 □ Cryotherapy 冷冻治疗 □ Laser 镭射激光 □ Loop Excision (LEEP) 环形切除 □ Cone Biopsy 锥切

Date of last mammogram 最后乳房 X 光检查日期? _____ Any prior abnormal mammogram 以前此检查有异常? □ No 没有 □ Yes 有

Any prior sexually transmitted disease or pelvic inflammatory disease 之前有过任何性传播疾病或盆腔炎? □ No 没有 □ Yes 有

If yes 假如有: □Gonorrhea 淋病 □Chlamydia 衣原体 □Herpes-genital 疱疹-生殖器 □Warts-genital 疣-生殖器 □Other (specify) 其他（请注明）___

Pregnancy History 妊娠史: □ None 无

Date 日期	Delivery, Miscarriage, Ectopic or Abortion 分娩,流产,异位, 人工流产	Delivery type (Natural or C/S) 分娩类型 (自然产或剖腹产)	Weeks at delivery 第几周分娩的?	Gender 性别?	Complications 并发症?	Health Issues 有健康问题吗?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Medical History 医学史: (Please check all that apply 请注明所有适用项目)

- ☐ None 没有
- ☐ Genetic/Chromosomal abnormalities 遗传/染色体异常
- ☐ Asthma 哮喘
- ☐ Birth defects 出生缺陷
- ☐ Lung disease 肺部疾病
- ☐ Fibroid Uterus 子宫肌瘤
- ☐ Hepatitis 肝炎
- ☐ Endometriosis 子宫内膜异位症
- ☐ Liver disease 肝病
- ☐ Blood clots (thrombosis/embolism) 血凝块（血栓/栓塞）
- ☐ Kidney disease 肾脏疾病
- ☐ Bleeding disorder 出血性疾病
- ☐ Epilepsy or Seizures 癫痫或癫痫发作
- ☐ Blood transfusion 输血
- ☐ Autoimmune or Connective tissue disease 自身免疫或结组织病
- ☐ Cancer 癌症
- ☐ HIV/AIDS 艾滋病毒/艾滋病
- ☐ Diabetes 糖尿病
- ☐ Sickle cell disease or trait 镰状细胞病或性状
- ☐ High blood pressure or Heart disease 高血压或心脏病
- ☐ Thalassemia (alpha or beta) 地中海贫血（α或β）
- ☐ Thyroid abnormality 甲状腺异常
- ☐ Depression or Anxiety 抑郁或焦虑
- ☐ High cholesterol 高胆固醇
- ☐ Eating disorder 饮食失调
- ☐ Other 其他: _____

Surgical History 手术史: ☐ None 没有

	Year 哪一年?	Reason and Type of Surgery 原因及手术类型
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

Current Medications and Vitamins 目前的药物和维生素: (Please include amount and frequency 请包括药量和服用频率) ☐ None 没有

Please list 请列出: _____

_____

_____

_____

_____

Drug or Food Allergies 药物或食物过敏: (Please include type of allergic reaction 请包括过敏反应类型) ☐ None 没有

Please list 请列出: _____

_____

_____

Social History 社交史:

Do you smoke 抽烟吗? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Do you drink alcohol 喝酒? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Do you use illicit drugs 违禁药? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Do you exercise 锻炼吗? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Duration 为期: _____ Frequency 频率: _____

What is your occupation 您的职业? _____ What is your ethnicity 您的种族? _____

What is your religion 您的宗教? _____

Family History 家庭史: ☐ None 没有

- ☐ Genetic/Chromosomal abnormalities 遗传/染色体异常
- ☐ Blood clots (thrombosis/embolism) 血凝块 (血栓/栓塞)
- ☐ Down Syndrome (Trisomy 21) 唐氏综合症（21 三体）
- ☐ Bleeding disorder 出血性疾病
- ☐ Mental retardation 智力低下
- ☐ Cancer 癌症
- ☐ Birth defects 出生缺陷
- ☐ Diabetes 糖尿病
- ☐ Cystic Fibrosis 囊性纤维化
- ☐ High blood pressure or Heart disease 高血压或心脏病
- ☐ Sickle cell disease or trait 镰状细胞病或性状
- ☐ Thyroid abnormality 甲状腺异常
- ☐ Thalassemia (alpha or beta) 地中海贫血（α或β）
- ☐ High cholesterol 高胆固醇
- ☐ Early menopause 更年期提前
- ☐ Other 其他: _____

Please list affected relatives 受影响的亲属: _____

_____

_____

Other Symptoms 其他症状: □ None 没有

□ Breast discharge 乳房排出物 □ Hot flashes 潮热 □ Chronic pelvic pain 慢性盆腔疼痛

□ Weight gain or loss 体重增加或减少 □ Hair growth or loss 头发生长或脱发 □ Acne 青春痘

□ Change in energy 精神精力不济 □ Other 其他: _____

Partner's History 性伴侣的历史 □ Not applicable (Skip this section) 不适用(跳过本节)

Partner's Name 性伴侣英文名字: _____

姓 Last 名 First 中间名字 Middle

Date of Birth 出生日期: _____ Age 年龄: _____

月 Month 日 Day 年 Year

Driver's License 驾照(State 州名 & No.和号码) _____ Social Security No. 社安号 _____

Address 地址: _____ Home Tel. No 居家电话: _____

□ Same _____ Work Tel. No 工作电话: _____

Email 电子邮件: _____ Cell Tel. No 手机: _____

Conception History 怀孕历史: □ None 没有

	Date 日期	Delivery, Miscarriage, Ectopic or Abortion 分娩,流产,异位, 或是人工流产	Weeks at delivery 第几周分娩的?	Gender 性别?	Complications 并发症?	Health Issues 有过健康问题吗?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Medical History 医学史: (Please check all that apply 请注明所有适用项目) □ None 没有

□ Erectile dysfunction 勃起功能障碍 □ Diabetes 糖尿病

□ Ejaculatory dysfunction 射精功能障碍 □ High blood pressure or Heart disease 高血压或心脏病

□ Testicular trauma or injury 睾丸损伤或伤害 □ Thyroid abnormality 甲状腺异常

□ Undescended testicle(s) 未降睾丸 □ High cholesterol 高胆固醇

□ Mumps after puberty 青春期后腮腺炎 □ Hepatitis 肝炎

□ Genetic/Chromosomal abnormalities 遗传/染色体异常 □ HIV/AIDS 艾滋病毒/艾滋病

□ Birth defects 出生缺陷 □ Sickle cell disease or trait 镰状细胞病或性状

□ Blood clots (thrombosis/embolism) 血凝块(血栓/栓塞) □ Thalassemia (alpha or beta) 地中海贫血（ α 或 β ）

□ Bleeding disorder 出血性疾病 □ Depression or Anxiety 抑郁或焦虑

□ Cancer 癌症

□ Other 其他: _____

Surgical History 手术史: □ None 没有

	Year 哪一年?	Reason and Type of Surgery 原因及手术类型
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Current Medications and Vitamins 目前的药物和维生素: (Please include amount and frequency 请包括药量和服用频率) □ None 没有

Please list 请列出: _____

_____

_____

_____

_____

Drug or Food Allergies 药物或食物过敏: (Please include type of allergic reaction 包括过敏反应类型) ☐ None 没有

Please list 请列出: _____

_____

_____

Social History 社交史:

Do you smoke 抽烟吗? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Do you drink alcohol 喝酒? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Do you use illicit drugs 违禁药? ☐ No ☐ Yes - Type 类型: _____ Amount 量: _____ Duration 为期: _____

Any prior sexually transmitted disease 之前有任何性传播疾病? ☐ No 没有 ☐ Yes 有 If yes 假如有:

☐ Gonorrhea 淋病 ☐ Chlamydia 衣原体 ☐ Herpes-genital 疱疹-生殖器 ☐ Warts - genital 疣-生殖器 ☐ Other 其他(specify 请注明) _____

What is your occupation 您的职业是什么? _____ What is your ethnicity 种族? _____

What is your religion 您的宗教是什么? _____

Family History 家庭史: ☐ None 没有

☐ Genetic/Chromosomal abnormalities 遗传/染色体异常
☐ Down Syndrome (Trisomy 21) 唐氏综合症（21 三体）
☐ Mental retardation 智力低下
☐ Birth defects 出生缺陷
☐ Cystic Fibrosis 囊性纤维化
☐ Sickle cell disease or trait 镰状细胞病或性状
☐ Thalassemia (alpha or beta) 地中海贫血（α或β）
☐ Blood clots (thrombosis/embolism) 血凝块(血栓/栓塞)
☐ Bleeding disorder 出血性疾病
☐ Cancer 癌症
☐ Diabetes 糖尿病
☐ High blood pressure or Heart disease 高血压或心脏病
☐ Thyroid abnormality 甲状腺异常
☐ High cholesterol 高胆固醇
☐ Other 其他: _____

Please list affected relatives 受影响的亲属: _____

_____

_____

---

* I understand that I am financially responsible for all services rendered and IVF Fertility Center will collect full payment at the time of service 我明白，我承担试管婴儿生育中心提供的所有服务在提供服务的时间中将收取全额支付.

* IVF Fertility Center can submit a claim to my insurance company on my behalf for direct reimbursement to me as a courtesy 试管婴儿生育中心可以以我的名义提交申请到我的保险公司而且我的保险公司直接付款给我.

* If applicable, I authorize IVF Fertility Center to release all requested and necessary information to my insurance company to complete my claim 如果适用，我授权试管婴儿生育中心释放所有要求的和必要的信息给我的保险公司来完成我的声请要求.

* I confirm that I have read this entire form and the information provided above is true and correct. I understand and agree with the conditions stated above 本人确认已阅读此整个表格和上面提供的信息是真实和正确的。我理解并同意上述条件.

Please provide your driver's license and insurance card (if applicable) at the first visit 请在首次看诊时提供您的驾驶执照和保险卡(如果适用).

Patient's Signature 病患签名: _____ Date 日期: _____

Partner's Signature 伙伴签名: _____ Date 日期: _____

I confirm that I have reviewed the information above 我确认我已审阅上述信息.

Physician's Signature 医师签名: _____ Date 日期: _____

Physician's Name 医师姓名: _____ Time 时间: _____