附件2编号：⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

广东省婚前孕前健康检查服务档案（示例）

县级服务机构： 省 县（市、区）

乡级服务机构： 省 县（市、区） 乡（镇）

**表1 基础信息**

对象类别：⬜新婚夫妇 ⬜已婚未育夫妇 ⬜已婚已育夫妇（育有 孩）

是否签署知情同意书：⬜是 ⬜否

是否领取免费叶酸：⬜是（领取日期：\_\_\_\_\_\_\_，领取数量\_\_\_\_\_片） ⬜否

是否开展健康教育：⬜是 ⬜否

男方姓名 民族 出生年月 年龄 文化程度

身份证号码 ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

职业 ⬜ 1农民 2工人 3服务业 4经商 5家务 6教师/公务员/职员 7其他

户口所在地属 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

户口性质 ⬜ 1农业户口（含界定为农村居民者） 2非农业户口

女方姓名 民族 出生年月 年龄 文化程度

身份证号码 ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜

职业 ⬜ 1农民 2工人 3服务业 4经商 5家务 6教师/公务员/职员 7其他

户口所在地属 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

户口性质 ⬜ 1农业户口（含界定为农村居民者） 2非农业户口

女方现住址 省 市（州） 县（市、区） 乡（镇） 村（居）

邮编 结婚时间 联系电话

填写日期： 年 月 日 医师签名：

**表2 婚前孕前检查表（女方）**

**一般情况**

**疾病史**

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □贫血 | □高血压 | □心脏病 | □糖尿病 |
| □癫痫 | □甲状腺疾病 | □慢性肾炎 | □肿瘤 | □结核 |
| □乙型肝炎 | □淋病/梅毒/衣原体感染等 | | □精神心理疾患等 | |

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等：

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有,注明具体病名 |

是否有以下妇科疾病（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □否 | □子宫附件炎症 | □不孕不育症 | □其他 |

**用药史**

目前是否服药

|  |  |
| --- | --- |
| □否 | □是，药物名称 |

是否注射过疫苗（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □否 | □风疹疫苗 | □乙肝疫苗 | □其他 |

现用避孕措施或目前终止避孕者原避孕措施

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □从未采用 | □宫内节育器 | □皮下埋植剂 | □口服避孕药 | □避孕套 |
| □外用药 | □自然避孕 | □其他 | | |
| 避孕措施持续使用时间： 月 | | 目前终止避孕者原避孕措施停用时间 年 月 | | |

**孕育史**

初潮年龄 岁 末次月经 年 月 日

月经周期是否规律 □否 □是（经期 天 周期 天）

月经量 □多 □中 □少

痛 经 □无 □轻 □重

是否曾经怀孕

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有：怀孕 次 活产 次 （足月活产 次，早产 次） |

是否有以下不良妊娠结局（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □无 | □死胎死产 次 | □自然流产 次 | □人工流产 次 |

是否分娩过出生缺陷儿（如畸形儿、遗传病、唐氏综合征）

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，病种 详细情况 |

现有子女数 人 子女身体状况 □健康 □疾病，注明具体病名

**家族史**

夫妻是否近亲结婚

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

家族成员是否有人患以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □无 | □地中海贫血 | □白化病 | □血友病 | □G6PD缺乏症 |
| □先天性心脏病 | □唐氏综合征 | □糖尿病 | □先天性智力低下 |  |
| □听力障碍（10岁以内发生） | | □视力障碍（10岁以内发生） | | |
| □新生儿或婴幼儿死亡 | | □其他出生缺陷 | | |
| 患者与本人关系 | | | | |

**饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触**

是否进食肉、蛋类 □否 □是

是否厌食蔬菜 □否 □是

是否有食用生肉嗜好 □否 □是

是否吸烟 □否 □是（每天 支）

是否存在被动吸烟 □否 □偶尔 □经常（平均每天被动吸烟时间： 分钟）

是否饮酒 □否 □偶尔 □经常（每天 ml）

是否使用可卡因等毒麻药品 □否 □是（请注明名称 ）

是否口臭 □否 □是

是否牙龈出血 □否 □是

生活或工作环境中是否接触以下因素（可多选）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □放射线 | □高温 | □噪音 | □有机溶剂（如新装修、油漆） | |
| □密切接触猫狗等家畜、宠物 | | □振动 | □重金属（铅、汞等） | | □农药 |
| □其他 | | | | | |

**社会心理因素**

是否感到生活/工作压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

与亲友、同事的关系是否紧张 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否感到经济压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否做好怀孕准备 □否 □是

其 他（请描述）

询问日期： 年 月 日 医师签名：

**体格检查**

身高 cm 体重 Kg 体重指数 心率 次/分 血压 / mmHg

⬜精神状态 0正常 1异常（请描述 ）

⬜智力 0正常 1异常（打√）(□常识 □判断 □记忆 □计算）

⬜五官 0正常 1异常 ⬜特殊体态 0正常 1异常

⬜特殊面容 0正常 1异常 ⬜皮肤毛发 0正常 1异常

⬜甲状腺 0正常 1异常 ⬜肺部 0正常 1异常

⬜心脏节律是否整齐 0 是1 否 ⬜心脏杂音 0无 1有

⬜肝、脾 0未触及 1 触及 ⬜四肢脊柱 0正常 1异常

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

第二性征 ⬜阴毛 0正常 1异常 ⬜乳房 0正常 1异常

妇科检查 ⬜外阴 0未见异常 1异常 ⬜阴道 0未见异常 1异常

⬜分泌物 0正常 1异常 ⬜宫颈 0光滑 1异常

子宫 □大小 0正常 1大 2小 ☑活动 0好 1差 □包块 0无 1有

□双侧附件 0未见异常 1异常

检查日期： 年 月 医师签名：

**临床检验**

白带检查 □线索细胞 0阴性 1阳性 9可疑 □念珠菌感染 0阴性 1阳性 9可疑

□滴虫感染 0阴性 1阳性 9可疑 □清洁度 0Ⅰ 1Ⅱ 2Ⅲ 3Ⅳ

□胺臭味实验 0阴性 1阳性 □pH值 0 <4.5 1 ≥4.5

⬜淋球菌筛查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜沙眼衣原体筛查 0阴性 1阳性 9可疑

血细胞分析 Hb g/L RBC ×1012/L PLT ×109/L

WBC ×109/L N % E % B % L % M %

地中海贫血检查 MCV fL MCH pg

⬜尿液常规检查 0未见异常 1异常

血型 □ABO 1 A型 2 B型 3 AB型 4 0型 □Rh 0 阳性 1 阴性

血糖 mmol/L

乙肝血清学检查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜HBs-Ag ⬜HBs-Ab ⬜HBe-Ag ⬜HBe-Ab ⬜HBc-Ab

肝肾功能检测 谷丙转氨酶（ALT） U/L 肌酐（Cr） umol/L

甲状腺功能检测 促甲状腺激素（TSH） ulU/ml

G-6PD缺乏症检测 0阴性 1阳性 9可疑

⬜风疹病毒 IgG 0阴性 1阳性 9可疑

⬜梅毒螺旋体筛查（检测方法\_\_\_\_\_\_\_） 0阴性 1阳性 9可疑

⬜非梅毒螺旋体筛查（检测方法\_\_\_\_\_\_\_） 0阴性 1阳性（滴度1:\_\_\_\_\_\_） 9可疑

⬜巨细胞病毒IgG 0阴性 1阳性 9可疑 ⬜IgM 0阴性 1阳性 9可疑

⬜弓形体 IgG 0阴性 1阳性 9可疑 ⬜IgM 0阴性 1阳性 9可疑

⬜HIV抗体检查 0阴性 1阳性 9可疑

其 他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**妇科B超检查**

⬜妇科B超检查 0=正常 1=异常 2=不能确定（选“异常”和“不能确定”请描述）

妇科B超检查号

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**其他检查**

(各地自定检查内容)

主要结果：

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**表3 婚前孕前检查表（男方）**

**一般情况**

**疾病史**

是否患有或曾经患过以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □贫血 | □高血压 | □心脏病 | □糖尿病 |
| □癫痫 | □甲状腺疾病 | □慢性肾炎 | □肿瘤 | □结核 |
| □乙型肝炎 | □淋病/梅毒/衣原体感染等 | | □精神心理疾患等 | |

是否患有出生缺陷,如先天畸形、遗传病等：

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □有,注明具体病名 |

是否有以下男科疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □睾丸炎、附睾炎 | □精索静脉曲张 | □不育症 | □腮腺炎 |
| □其他 | | | | |

**用药史**

目前是否服药

|  |  |
| --- | --- |
| □否 | □是，药物名称 |

是否注射过疫苗（可多选）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □否 | □乙肝疫苗 | □其他 |

**家族史**

祖父母/外祖父母、父母两代家族内近亲结婚史

|  |  |
| --- | --- |
| □无 | □是，请注明何种血缘关系 |

家族成员是否有人患以下疾病（可多选）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □无 | □地中海贫血 | □白化病 | □血友病 | □G6PD缺乏症 |
| □先天性心脏病 | □唐氏综合征 | □糖尿病 | □先天性智力低下 |  |
| □听力障碍（10岁以内发生） | | □视力障碍（10岁以内发生） | | |
| □新生儿或婴幼儿死亡 | | □其他出生缺陷 | | |
| 患者与本人关系 | | | | |

**饮食营养、生活习惯、环境毒害物接触**

是否进食肉、蛋类 □否 □是

是否厌食蔬菜 □否 □是

是否有食用生肉嗜好 □否 □是

是否吸烟 □否 □是（每天 支）

是否存在被动吸烟 □否 □偶尔 □经常（平均每天被动吸烟时间： 分钟）

是否饮酒 □否 □偶尔 □经常（每天 ml）

是否使用可卡因等毒麻药品 □否 □是（请注明名称 ）

生活或工作环境中是否接触以下因素（可多选）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □否 | □放射线 | □高温 | □噪音 | □有机溶剂（如新装修、油漆） | |
| □密切接触猫狗等家畜、宠物 | | □振动 | □重金属（铅、汞等） | | □农药 |
| □其他 | | | | | |

**社会心理因素**

是否感到生活/工作压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

与亲友、同事的关系是否紧张 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否感到经济压力 □无 □很少 □有一点 □比较大 □很大

是否做好怀孕准备 □否 □是

其 他（请描述）

询问日期： 年 月 日 医师签名：

**体格检查**

身高 cm 体重 Kg 体重指数 心率 次/分 血压 / mmHg

⬜精神状态 0正常 1异常（请描述 ）

⬜智力 0正常 1异常(□常识 □判断 □记忆 □计算）

⬜五官 0正常 1异常 ⬜特殊体态0正常 1异常

⬜特殊面容 0正常 1异常 ⬜皮肤毛发 0正常 1异常

⬜甲状腺 0正常 1异常 ⬜肺部 0正常 1异常

⬜心脏节律是否整齐 0 是 1 否 ⬜心脏杂音 0无 1有

⬜肝、脾 0未触及 1 触及 ⬜四肢脊柱 0正常 1异常

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

第二性征 ⬜阴毛 0正常 1异常 ⬜喉结 0有 1无

男科检查 ⬜阴茎 0未见异常 1异常 ⬜包皮 0正常 1过长 2 包茎

⬜睾丸 0扪及 体积（ml）左 右 1左侧未扪及 2右侧未扪及

⬜附睾 0正常 1异常

⬜输精管0未见异常 1异常

⬜精索静脉曲张 0无 1有（部位 程度 ）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**临床检验**

血细胞分析 Hb g/L RBC ×1012/L PLT ×109/L

WBC ×109/L N % E % B % L % M %

地中海贫血检查 MCV fL MCH pg

⬜尿液常规检查 0未见异常 1异常

血型 ⬜ABO 1 A型 2 B型 3 AB型 4 0型 ⬜Rh 0 阳性 1 阴性

乙肝血清学检查 0阴性 1阳性 9可疑

⬜HBs-Ag ⬜HBs-Ab ⬜HBe-Ag ⬜HBe-Ab ⬜HBc-Ab

肝肾功能检测 谷丙转氨酶（ALT） U/L 肌酐（Cr） umol/L

G-6PD缺乏症检测 0阴性 1阳性 9可疑

⬜梅毒螺旋体筛查（检测方法\_\_\_\_\_\_\_） 0阴性 1阳性 9可疑

⬜非梅毒螺旋体筛查（检测方法\_\_\_\_\_\_\_） 0阴性 1阳性（滴度1:\_\_\_\_\_\_） 9可疑

⬜HIV抗体检查 0阴性 1阳性 9可疑

其他（请描述）

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**其他检查**

(各地自定检查内容)

主要结果：

检查日期： 年 月 日 医师签名：

**表4 婚前孕前健康检查评估建议告知书（示例）**

妻子姓名 年龄 联系电话

丈夫姓名 年龄 联系电话

家庭住址 省（区、市） 县(区) 乡(街道) 村(社区)

**评估指导建议**

**婚前检查医学意见**

1. 未发现医学上不宜结婚的情形
2. 建议不宜结婚
3. 建议不宜生育
4. 建议暂缓结婚

（5）建议采取医学措施，尊重受检者意愿

**评估结论**

⬜一般人群 ⬜风险人群

评估医生 评估日期 年 月 日