

第1次产前检查服务记录表

姓 名：

编号 —

填表日期	年 月 日	孕周	周
孕妇年龄			
丈夫姓名	丈夫年龄	丈夫电话	
孕 次	产 次	阴道分娩_____次	剖宫产_____次
末次月经	预 产 期	年 月 日	
既往史	1 无 2 心脏病 3 肾脏疾病 4 肝脏疾病 5 高血压 6 贫血 7 糖尿病 8 其他 / / / / / /		
家族史	1 无 2 遗传性疾病史 3 精神疾病史 4 其他 / /		
个人史	1 无特殊 2 吸烟 3 饮酒 4 服用药物 5 接触有毒有害物质 / / / / / 6 接触放射线 7 其他		
妇产科手术史	1 无 2 有		
孕产史	1 自然流产____ 2 人工流产____ 3 死胎____ 4 死产____ 5 新生儿死亡____ 6 出生缺陷儿____		
身 高	cm	体重	Kg
体质指数 (BMI)	kg/m ²	血压	/ mmHg
听 诊	心脏：1 未见异常 2 异常		肺部：1 未见异常 2 异常
妇科检查	外阴：1 未见异常 2 异常		阴道：1 未见异常 2 异常
	宫颈：1 未见异常 2 异常		子宫：1 未见异常 2 异常
	附件：1 未见异常 2 异常		
辅助检查	血常规	血红蛋白值_____ g/L 白细胞计数值_____ /L 血小板计数值_____ /L 其他	
	尿常规	尿蛋白_____尿糖_____尿酮体_____尿潜血_____其他	
	血型	ABO	
		Rh*	
	血糖*	_____ mmol/L	
	肝功能	血清谷丙转氨酶_____U/L 血清谷草转氨酶_____U/L 白蛋白_____g/L 总胆红素_____μmol/L 结合胆红素_____μmol/L	
	肾功能	血清肌酐_____μmol/L 血尿素_____mmol/L	
	阴道分泌物*	1 未见异常 2 滴虫 3 假丝酵母菌 4 其他_____ / /	
		阴道清洁度：1 I 度 2 II 度 3 III 度 4 IV 度	
	乙型肝炎	乙型肝炎表面抗原_____ 乙型肝炎表面抗体*_____ 乙型肝炎 e 抗原*_____ 乙型肝炎 e 抗体*_____ 乙型肝炎核心抗体*_____	
	梅毒血清学试验*	1 阴性 2 阳性	
	HIV 抗体检测*	1 阴性 2 阳性	
	B 超*		
其他*			
总体评估	1 未见异常 2 异常_____		
保健指导	1 生活方式 2 心理 3 营养 4 避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响 5 产前筛查宣传告知 6 其他_____ / / / /		
转诊 1 无 2 有 原因：_____机构及科室：			
下次随访日期	年 月 日	随访医生签名	