

高雄榮民總醫院臺南分院

妊娠及分娩後未滿一年之健康情形自我評估表

1. 基本調查			
姓名/職稱		單位名稱/ 聯絡分機	
生日/年齡	____年____月____日 ____歲	目前班別	<input type="checkbox"/> 日班 <input type="checkbox"/> 小夜班 <input type="checkbox"/> 大夜班 <input type="checkbox"/> 輪三班 <input type="checkbox"/> 其他：
<input type="checkbox"/> 妊娠週數 _____週，預產日____年____月____日 <input type="checkbox"/> 胎數：第_____胎，本次妊娠有無多胎情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（____胞胎） <input type="checkbox"/> 分娩後有無哺乳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用，分娩日：____年____月____日			
2. 過去疾病史			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：			
3. 家族病史			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 腎臟或泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他：			

4. 婦產科相關病史

(1) 免疫狀況（曾接受疫苗注射或具有抗體）： 無 B型肝炎 水痘

MMR（麻疹-腮腺炎-德國麻疹）

(2) 生產史：懷孕次數_____次，生產次數_____次，流產次數_____次

(3) 生產方式：自然產_____次，剖腹產_____次，併發症： 否 是：_____

(4) 過去懷孕病史：

無 先天性子宮異常 子宮肌瘤 子宮頸手術病史

曾有第2孕期（14週）以上之流產 早產（懷孕未滿37週之生產）

史

(5) 其他：

5. 妊娠及分娩後風險因子評估

無 沒有規律產檢 抽菸 喝酒 藥物，請敘明：_____

年齡（未滿18歲或大於40歲） 生活環境因素（例如熱、空氣汙染）

孕前體重未滿45公斤、身高未滿150公分

個人心理狀況： 無 焦慮症 憂鬱症

睡眠： 正常 失眠 需使用藥物 其他：：_____

6. 自覺徵狀

無 出血 腹痛 痙攣 其他症狀：：_____

評估者簽章：

評估日期：_____年_____月_____日

註：請於_____年_____月_____日內完成評估，並將此表及孕婦健康手冊送交

3F 職安室，若有疑問請洽職安室分機 3152。