

諮詢人信息及孕情問卷

名字: _____ 姓氏: _____
出生日期(月/日/年): _____ 職位: _____
住址: _____ 所属城市: _____
州: _____ 郵編: _____ 郡/縣(仅限于加州): _____
聯係電話 住家: _____ 手機: _____ 工作處所: _____

配偶資料(若諮詢人已孕,則“配偶”請填胎兒父親)

名字: _____ 姓氏: _____
出生日期(月/日/年): _____ 職位: _____

轉介醫生資料

姓名: _____ 電話: _____
地址: _____ 所属城市: _____

妊娠有關情況

目前是否已孕? 否 是 若是,請填預產期(月/日/年): _____

您是否在懷孕期間服用了藥品(孕期維他命或 Tylenol 除外)? 否 是
若是,請列出藥品名稱: _____

懷孕以來,您有否下列情形:

(若未孕,亦請查檢)

服用軟性毒品 否 是 _____
吸煙 否 是 _____
飲酒 否 是 _____
發燒 否 是 _____
照 X 光 否 是 _____

您是否患有:

糖尿病 否 是 _____
癲癇癥 否 是 _____

私密信息:

Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories, LLC 已經本人允許,
可以使用下列電話號碼,留言詳盡私密的醫療信息和測試結果: 是 否 (若否,請在簽名欄簽名)

私密電話號碼: 住家: 手機: 工作處所: 其它: _____

測試結果還可通知哪一位? _____ 電話: _____

上述全部信息盡了我所知,且是正确的。

諮詢人簽名: _____ 日期(月/日/年): _____