

Chi Tiết của Bệnh Nhân và Thai Kỳ

Tên: (First): _____ Họ (Last): _____

Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): _____ Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____

Tiểu Bang: _____ Số Zip code: _____ Quận (riêng tiểu bang CA): _____

Số điện thoại: Nhà: _____ Số cell: _____ Số sở làm: _____

LÝ LỊCH NGƯỜI CHỒNG (Nếu bệnh nhân đang mang thai, thì “người chồng” ý là cha của thai nhi)

Tên: (First): _____ Họ (Last): _____

Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): _____ Nghề nghiệp: _____

BÁC SĨ GIỚI THIỆU/BS SẢN KHOA:

Bác sĩ giới thiệu/BS sản khoa: _____ Số điện thoại của BS #: _____

LÝ LỊCH THAI

Chị có đang mang thai không? KHÔNG CÓ Ngày sanh của em bé (due date): _____

Chị có uống thuốc gì từ lúc thụ thai không (ngoài trừ thuốc bổ thai hoặc Tylenol)? KHÔNG CÓ
Nếu có, xin liệt kê:

Từ lúc thụ thai, Chị có bao giờ:

(Hoặc nếu không mang thai, Chị có hiện giờ:)

Dùng ma túy/thuốc phiện KHÔNG CÓ _____

Hút thuốc lá KHÔNG CÓ _____

Uống rượu/bia KHÔNG CÓ _____

Nóng sốt KHÔNG CÓ _____

Chụp quang tuyến X (X-ray) KHÔNG CÓ _____

Chị có những chứng bệnh sau đây không?

Tiểu đường? KHÔNG CÓ _____

Bệnh động kinh? KHÔNG CÓ _____

CHI TIẾT LIÊN LẠC/SỐ ĐIỆN THOẠI CẢN MẶT:

Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories, LLC được phép của tôi để lại tin nhắn về **thông tin y tế cản mặt và kết quả thử nghiệm** tại số điện thoại được ghi nhận dưới đây. KHÔNG CÓ (Nếu không, xin tiền thẳng tới phần chữ ký.)

Số điện thoại cản mặt tốt nhất: Số nhà Số cell Số sở làm Số điện thoại khác: _____

Những ai khác chúng tôi có thể để lại kết quả thử nghiệm? _____ Số điện thoại: _____

**TÔI ĐÃ CỐ GẮNG TRẢ LỜI NHỮNG CÂU HỎI TRÊN VỚI TẤT CẢ SỰ HIỂU BIẾT CỦA TÔI.
CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN: _____ NGÀY: _____**