

Patient Registration / Infertility Data Summary 患者注册/不孕信息总结

Personal Information 个人信息

Name 姓名 _____ DOB 生日 _____ Age 年龄 _____

Home Address 家庭住址 _____

Street 街道 _____

City/State(Providence) 城市/州(省) _____ Zip Code 邮编 _____

English Proficiency 英语水平: ☐ Fluent 流利 ☐ Fair 一般 ☐ Little 差 ☐ None 无

Interpreter 需要翻译: ☐ Y 是 ☐ N 否

Contact Information 联系信息

Message? 可以留言吗?

Cell Phone 手机		☐ Y 是	☒ N 否
Email Address 电子邮件		☐ Y 是	☐ N 否
WeChat WhatsApp、Others 微信、其他		☐ Y 是	☐ N 否
Please remember, messages are sent via internet and cannot guaranteed to be secure. 请记住, 信息是通过互联网发送的, 不能保证安全。			

Marital Status 婚姻状况: ☐ Married 已婚 ☐ Partner 伴侣 ☐ Single 单身
☐ Others 其他 _____

Partner/ Spouse 伴侣/配偶

Name 姓名 _____ DOB 生日 _____ Age 年龄 _____

Home Address 家庭住址 ☐ Same 同上 or 或 ☐ Different 不同

Street 街道 _____

City/State(Providence) 城市/州(省) _____ Zip Code 邮编 _____

Contact Information 联系信息

Message? 可以留言吗?

Cell Phone 手机		☐ Y 是	☒ N 否
Email Address 电子邮件		☐ Y 是	☐ N 否
WeChat WhatsApp、Others 微信、其他		☐ Y 是	☐ N 否
Please remember, messages are sent via internet and cannot guaranteed to be secure. 请记住, 信息是通过互联网发送的, 不能保证安全。			

Referral Contact (if applicable) 转介人信息(如果适用)

Referral Name 转介人/机构名称 _____ Interpreter 口译员 _____

Address 地址 _____

Street 街道 _____

City/State(Providence) 城市/州(省) _____ Zip Code 邮编 _____

Phone 电话 _____ Email Address 电子邮件 _____

Female History Questionnaire 女性历史调查问卷

Total number of pregnancies 怀孕总数:	Total number of deliveries 分娩总数:
Timing trying to get pregnant 尝试怀孕的时程: _____ yrs 年 _____ months 月	Length of time without contraception 未采取避孕措施的时程: _____ yrs 年 _____ months 月
Previous infertility testing 既往不孕症检查: ☐ Y 是 ☐ N 否	Previous infertility treatment 既往不孕症治疗: ☐ Y 是 ☐ N 否
If you answer no, please skip to the next section 如果您回答“否”, 请跳转至下一部分	If you answer no, please skip to the next section 如果您回答“否”, 请跳转至下一部分

Describe the purpose of your visit and the nature of your problem 描述您此次咨询的目的和病情:

Please provide a summary of previous fertility testing and treatment 请提供之前不孕检测和治疗的汇总:

Treatments 治疗	Comments (include dates and results if known) 说明 (包括已知的日期和结果):
IUI or Artificial Insemination 人工授精 ☐ Y 是 ☐ N 否	
In Vitro Fertilization 体外受精(试管婴儿) ☐ Y 是 ☐ N 否	
ICSI 单精子注射到卵子 ☐ Y 是 ☐ N 否	
Frozen Embryo Transfer 冷冻胚胎移植 ☐ Y 是 ☐ N 否	
HSG 子宫输卵管造影 ☐ Y 是 ☐ N 否	

Gynecologic History 妇科病史	
First Day of Last Period 上个月经周期的第一天:	Age when 1 st period started 第一次月经开始时的年龄:
Number of days between the start of one period and the start of the next period 两次月经第一天间隔的天数:	
Number of days of bleeding 出血天数:	Amount of flow 出血量: ☐ Light 轻 ☐ Moderate 中 ☐ Heavy 重
Regularity of menses 月经规律性: ☐ Unpredictable 不可预测 ☐ Occasionally 偶尔不规律 ☐ Regular 规律 ☐ Very regular 非常规律	
Cramping 痛经程度 ☐ None 无 ☐ Mild 轻度 ☐ Moderate 中度 ☐ Severe 重度	
Comments about menses 关于月经的描述:	
Last PAP smear (month/year) 最后一次子宫抹片检查 (月/年): ☐ Normal 正常 ☐ Abnormal 异常	
Abnormal PAP smears 子宫颈抹片检查异常 ☐ Y 是 ☐ N 否	
Details of PAP smear (if abnormal) 子宫颈抹片检查详情 (如果异常):	
History of sexually transmitted diseases 性传播疾病史 ☐ Y 是 ☐ N 否	
Details of sexually transmitted diseases (if any) 性传播疾病详情 (如有):	
Pain with intercourse 性交疼痛	☐ Y 是 ☐ N 否
Use of lubricants 使用润滑剂	☐ Y 是 ☐ N 否
Use of Depo-Provera 使用长效醋酸甲羟孕酮	☐ Y 是 ☐ N 否
Use of Intrauterine device(IUD) 使用宫内节育器	☐ Y 是 ☐ N 否
Use of Sterilization (tubal/vasectomy)	☐ Y 是 ☐ N 否

使用绝育术（输卵管/输精管结扎术）	
-------------------	--

Obstetrical History 产科病史	
Total number of pregnancies 怀孕总数:	Total number of deliveries 分娩总数:
Number of pregnancies with current partner: 与当前伴侣怀孕的次数:	Pregnancies with a previous partner 与前任伴侣怀孕次数:
Number of term deliveries 足月分娩次数:	Number of preterm deliveries 早产次数:
Number of miscarriages 流产次数:	Number of elective abortions 选择性堕胎的次数:
Number of ectopic pregnancies 宫外孕次数:	Living children 现有的孩子总数: ☐ Own 生育: ☐ Adopted 领养:
List each pregnancy in order including outcome route of delivery, and complications 按顺序列出每次妊娠，包括结果、分娩途径和并发症:	

Medical History 其他病史			
Thyroid disorder甲状腺疾病	☐ Y是 ☐ N否	Heart disease心脏病	☐ Y是 ☐ N否
Diabetes 糖尿病	☐ Y是 ☐ N否	Kidney disease 肾脏疾病	☐ Y是 ☐ N否
Liver disease 肝脏疾病	☐ Y是 ☐ N否	Infectious diseases传染病	☐ Y是 ☐ N否
Hypertension 高血压	☐ Y是 ☐ N否	Asthma 哮喘	☐ Y是 ☐ N否
Other (list here) 其他（在此列出）:			

Current Medications: List medications, name, and length of use or approximate starting date 当前服用药物：列出药物、名称、使用时长或大致开始日期

Allergies: List allergies to medications, foods, or chemicals (not seasonal allergies or hay fever) 过敏：列出对药物、食物或化学品的过敏（非季节性过敏或花粉热）

Future Reproductive Medicine

39277 Liberty Street Phone: 341-248-8826; Fax: 341-200-5444
Fremont, CA 94538 www.futurereproductivemedicine.com

Surgical History 手术史			
Tonsils 扁桃体手术	☐ Y是 ☐ N否	Wisdom Teeth 智齿	☐ Y是 ☐ N否
Gallbladder 胆囊手术	☐ Y是 ☐ N否	Gynecologic 妇科手术	☐ Y是 ☐ N否
Appendix 阑尾手术	☐ Y是 ☐ N否	Breast Augmentation 丰胸手术	☐ Y是 ☐ N否
Surgical Complications 手术并发症	☐ Y是 ☐ N否	Problems with anesthesia 麻醉问题	☐ Y是 ☐ N否
Other operations (list here) 其他手术 (在此列出):			

Hospitalizations (other than deliveries or surgeries listed above): 住院史 (分娩或其他上面列出的手术除外)

Family History 家族史	Please indicate if a relative is on your mother or father's side and provide information about the problem if known. M = Mother, F = Father, A = Aunt, U = Uncle, B = Brother S = Sister 请说明患病亲属是您的母亲或父亲一方, 并提供有关该问题的信息 (如果已知)。M = 母亲, F = 父亲, A = 阿姨, U = 叔叔, B = 兄弟 S = 姐妹
Diabetes 糖尿病 ☐ 是 ☐ 否	
Obesity 肥胖 ☐ 是 ☐ 否	
Thyroid Disease 甲状腺疾病 ☐ 是 ☐ 否	
Heart Disease 心脏病 ☐ 是 ☐ 否	
Cancer (including type) 癌症 (包括类型) ☐ 是 ☐ 否	
Blood clotting disorder 凝血障碍 ☐ 是 ☐ 否	
Mental Disorders 精神障碍 ☐ 是 ☐ 否	
Infertility 不孕症 ☐ 是 ☐ 否	
Other 其他	

Ancestry 族裔	
☐ African American 非洲裔美国人	☐ Mediterranean 地中海裔
☐ African 非洲人	☐ Middle Eastern 中东裔
☐ Hispanic 拉丁裔	☐ European 欧洲裔
☐ Asian 亚裔	☐ Eastern European/ Jewish 东欧/犹太人
☐ Alaskan or Native American 阿拉斯加人或美洲原住民	☐ Other 其他

Future Reproductive Medicine

39277 Liberty Street Phone: 341-248-8826; Fax: 341-200-5444
Fremont, CA 94538 www.futurereproductivemedicine.com

Disorders (Do you or any of your family members have any of the following disorders?) 疾病（您或您的任何家庭成员是否患有以下任何疾病？）			
☐ Mental retardation 智力迟钝	☐ Inherited disorders 遗传性疾病	☐ Fragile X syndrome 脆性 X 综合征	☐ Osteogenesis imperfecta 成骨不全
☐ Down syndrome 唐氏综合症	☐ Tay-Sach's disease 泰萨克氏病	☐ Phenylketonuria 苯丙酮尿症	☐ Retinitis pigmentosa 视网膜色素变性
☐ Open spine defects 开放性脊柱缺损	☐ Hemophilia 血友病	☐ Myotonic dystrophy 强直性肌营养不良	☐ Spinal muscular atrophy 脊髓性肌萎缩症
☐ Cystic fibrosis 囊性纤维化	☐ Fanconi anemia 范可尼贫血	☐ Thalassemia 地中海贫血	☐ Lesch-Nyhan syndrome 自毁容貌症
☐ Sickle cell anemia 镰状细胞性贫血	☐ Gaucher disease 戈谢病	☐ Marfan syndrome 马凡氏综合症	☐ BRCA mutation BRCA 突变
☐ Duchenne muscular dystrophy 杜氏肌营养不良症	☐ Von Hippel-Lindau disease 冯希佩尔-林道病	☐ Other not listed (explain below) 其他未列出（解释如下）	

Social History (Female Only) 社会史（仅限女性）	
Smoking or other tobacco 吸烟或其他烟草	☐ Y是 ☐ N否 If yes, #packs per day 如果是，每天 _____ 包
Recreational drug use 娱乐性药物的使用	☐ Y是 ☐ N否 If yes, drug type and frequency 如果是，药物类型：_____ 频率：_____
Alcohol use 饮酒	☐ Y是 ☐ N否 If yes, #of drinks per week 如果是，每周饮酒次数：_____
Exposure to toxins (chemical/radiation) 接触毒素（化学/辐射）	☐ Y是 ☐ N否
Blood transfusion 输血	☐ Y是 ☐ N否
Trips to a foreign country in the past 6 months 过去 6 个月内到过外国旅行	☐ Y是 ☐ N否 If yes, list the countries that you have been to 如果是，去的国家有：_____
Occupation 职业：_____	

Future Reproductive Medicine

39277 Liberty Street Phone: 341-248-8826; Fax: 341-200-5444
Fremont, CA 94538 www.futurereproductivemedicine.com

Review of Symptoms:		
Check any you have now or in the past. Provide a description of any positive answers or additional items: 症状回顾: 选出您现在或过去有过的症状。针对任何肯定答案或额外状况予以的描述。		
General or Constitutional 常规/整体		
Rapid weight gain 体重快速增加	☐ Y是 ☐ N否	
Rapid weight loss 快速减重	☐ Y是 ☐ N否	
Low energy or lethargy 精力不足或嗜睡	☐ Y是 ☐ N否	
Difficulty sleeping 睡眠困难	☐ Y是 ☐ N否	
Comments or other 备注或其他:		
Neurologic / Brain 神经科/脑部		
Headaches 头痛	☐ Y是 ☐ N否	
Seizures 癫痫发作	☐ Y是 ☐ N否	
Head trauma or unconsciousness 头部外伤或意识不清	☐ Y是 ☐ N否	
Comments or other 备注或其他:		
Dermatology / Skin 皮肤科/皮肤		
Rash 皮疹	☐ Y是 ☐ N否	
Eczema 湿疹	☐ Y是 ☐ N否	
Pigment disorder 色素异常	☐ Y是 ☐ N否	
Comments or other 备注或其他:		
Endocrine / Hormones 内分泌/激素		
Diabetes or gestational diabetes 糖尿病或妊娠期糖尿病	☐ Y是 ☐ N否	
Heat or cold intolerance 不耐热或不耐冷	☐ Y是 ☐ N否	☐ Hot热 ☐ Cold冷
Milk discharge from breasts 乳汁从乳房分泌	☐ Y是 ☐ N否	
Excess hair growth (face, belly, legs) 毛发生长过多 (面部、腹部、腿部)	☐ Y是 ☐ N否	
Comments or other 备注或其他:		
Eyes, Ears & Nose 眼睛、耳朵和鼻子		
Corrective lenses 矫正镜片	☐ Y是 ☐ N否	☐ Contacts隐形眼镜 ☐ Glasses眼镜 ☐ Both 两者
Problem with hearing 听力问题	☐ Y是 ☐ N否	Problem with sense of smell 嗅觉问题 ☐ Y是 ☐ N否
Uncorrectable loss of vision 无法矫正的视力丢失	☐ Y是 ☐ N否	
Comments or other 备注或其他:		
Cardiovascular / Heart 心血管/心脏		
Chest pain 胸痛	☐ Y是 ☐ N否	Heart valve disease 心脏瓣膜疾 ☐ Y是 ☐ N否
Palpitations 心悸	☐ Y是 ☐ N否	Given prophylactic antibiotics 使用预防性抗生素 ☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:		

Future Reproductive Medicine

39277 Liberty Street Phone: 341-248-8826; Fax: 341-200-5444
Fremont, CA 94538 www.futurereproductivemedicine.com

Respiratory / Lung 呼吸道/肺			
Asthma 哮喘	☐ Y是 ☐ N否	Bronchitis 支气管炎	☐ Y是 ☐ N否
Shortness of breath 气短	☐ Y是 ☐ N否	Tuberculosis 结核	☐ Y是 ☐ N否
Pneumonia 肺炎	☐ Y是 ☐ N否	Blood in sputum 痰中带血	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			
Allergy / Immunologic 过敏与免疫学			
Hay fever or seasonal allergies花粉热或季节性过敏	☐ Y是 ☐ N否	Lupus 狼疮	☐ Y是 ☐ N否
Autoimmune disorder 自身免疫性疾病	☐ Y是 ☐ N否	Rheumatoid Arthritis 类风湿关节炎	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			
Hematology 血液学			
Blood clotting disorder凝血障碍	☐ Y是 ☐ N否	Excessive bleeding 过度出血	☐ Y是 ☐ N否
Sickle cell anemia镰状细胞性贫血	☐ Y是 ☐ N否	Anemia 贫血	☐ Y是 ☐ N否
Hepatitis 肝炎	☐ Y是 ☐ N否	Thrombocytopenia-low platelets 血小板减少症-血小板低	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			
Gastroenterology / Digestive 胃肠病/消化科			
Nausea/vomiting 恶心/呕吐	☐ Y是 ☐ N否	Heart burn 胃灼热	☐ Y是 ☐ N否
Diarrhea 腹泻	☐ Y是 ☐ N否	Blood in stool 大便带血	☐ Y是 ☐ N否
Constipation 便秘	☐ Y是 ☐ N否	Ulcers 溃疡	☐ Y是 ☐ N否
Abdominal pain 腹痛	☐ Y是 ☐ N否	Spastic colon 痉挛结肠	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			
Genito-urinary 泌尿生殖系统			
Pelvic pain 骨盆疼痛	☐ Y是 ☐ N否	Kidney infection肾脏感染	☐ Y是 ☐ N否
Frequent vaginal infections or yeast 频繁的阴道感染或真菌感染	☐ Y是 ☐ N否	Pelvic inflammatory disease 盆腔炎	☐ Y是 ☐ N否
Breast disorder(fibrocystic changes)乳房疾病 (纤维囊性改变)	☐ Y是 ☐ N否	Urinary incontinence 尿失禁	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			
Muscle & Skeletal 肌肉和骨骼			
Unusual muscle weakness 异常的肌力弱	☐ Y是 ☐ N否	Joint abnormality 关节异常	☐ Y是 ☐ N否
Low back pain or strain 腰痛或拉伤	☐ Y是 ☐ N否	Ruptured disc or hernia 椎间盘破裂或疝	☐ Y是 ☐ N否
Injuries or deformities 受伤或畸形	☐ Y是 ☐ N否	Limited joint or bone motion 关节或骨骼运动受限	☐ Y是 ☐ N否
Comments or other 备注或其他:			

Male History Questionnaire 男性历史调查问卷

Age 年龄:	Length of relationship 关系持续时间:
Occupation 职业:	Employer 雇主:
Pregnancies with current partner 与现任伴侣怀孕次数:	Pregnancies with a previous partner 与前任伴侣怀孕次数:
History of STD 性传播疾病史 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Anatomical abnormalities 器官结构异常 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Genital trauma or surgery 生殖器外伤或手术 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Medical problems 医疗问题 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Medications or dietary supplements 药物或膳食补充剂 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Recreational drug use 娱乐性药物的使用 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Smoking or other tobacco 吸烟或其他烟草 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Alcohol use 饮酒 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Exposure to toxins (chemical/radiation) 接触毒素 (化学/辐射) ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Problems with desire or ejaculation 性欲或射精问题 ☐ Y是 ☐ N否	If yes, please describe 如果是, 请描述:
Testing 化验	Comments: (including dates and results if known) 详细描述: (包括可知的日期和结果)
Hormone testing 激素检测 ☐ Y是 ☐ N否	
Semen analysis 精液分析 ☐ Y是 ☐ N否	

Ancestry 族裔	
☐ African American 非洲裔美国人	☐ Mediterranean 地中海裔
☐ African 非洲人	☐ Middle Eastern 中东裔
☐ Hispanic 拉丁裔	☐ European 欧洲裔
☐ Asian 亚裔	☐ Eastern European/ Jewish 东欧/犹太人
☐ Alaskan or Native American 阿拉斯加人或美洲原住民	☐ Other 其他

Future Reproductive Medicine

39277 Liberty Street Phone: 341-248-8826; Fax: 341-200-5444
Fremont, CA 94538 www.futurereproductivemedicine.com

Disorders (Do you or any of your family members have any of the following disorders?) 疾病（您或您的任何家庭成员是否患有以下任何疾病？）			
☐ Mental retardation 智力迟钝	☐ Inherited disorders 遗传性疾病	☐ Fragile X syndrome 脆性 X 综合征	☐ Osteogenesis imperfecta 成骨不全
☐ Down syndrome 唐氏综合症	☐ Tay-Sachs disease 泰萨克氏病	☐ Phenylketonuria 苯丙酮尿症	☐ Retinitis pigmentosa 视网膜色素变性
☐ Open spine defects 开放性脊柱缺损	☐ Hemophilia 血友病	☐ Myotonic dystrophy 强直性肌营养不良	☐ Spinal muscular atrophy 脊髓性肌萎缩症
☐ Cystic fibrosis 囊性纤维化	☐ Fanconi anemia 范可尼贫血	☐ Thalassemia 地中海贫血	☐ Lesch-Nyhan syndrome 自毁容貌症
☐ Sickle cell anemia 镰状细胞性贫血	☐ Gaucher disease 戈谢病	☐ Marfan syndrome 马凡氏综合症	☐ BRCA mutation BRCA 突变
☐ Duchenne muscular dystrophy 杜氏肌营养不良症	☐ Von Hippel-Lindau disease 冯希佩尔-林道病	☐ Other not listed (explain below) 其他未列出（解释如下）	

Patient Signature 患者签名 _____ Date 日期 _____

Partner Signature 伴侣签名 _____ Date 日期 _____