



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

精子检查 病史问卷

日期 _____

姓 _____ 名 _____

年龄 _____ 禁欲天数 _____

职业 _____ 居住地 _____

<p>这是您第一次接受此项检查吗？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>如果不是，您之前做过多少次此类检查？分别在什么时候？</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>您是否有过孩子？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>检查原因：</p> <p>生育力评估（*） <input type="checkbox"/></p> <p>术前评估 <input type="checkbox"/></p> <p>术后评估 <input type="checkbox"/></p> <p>治疗评估 <input type="checkbox"/></p> <p>其他 _____ <input type="checkbox"/></p> <p><i>*如因生育力评估提出检查申请，建议前往指定的专业参考中心就诊。</i></p>
<p>是否正在服用药物？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>服用何种药物？</p> <p>抗炎药 <input type="checkbox"/></p> <p>抗生素 <input type="checkbox"/></p> <p>抗寄生虫药 <input type="checkbox"/></p> <p>抗真菌药 <input type="checkbox"/></p> <p>皮质类固醇 <input type="checkbox"/></p> <p>利尿剂 <input type="checkbox"/></p> <p>抗抑郁药 <input type="checkbox"/></p> <p>抗高血压药 <input type="checkbox"/></p> <p>抗心律失常药 <input type="checkbox"/></p> <p>其他 <input type="checkbox"/></p> <p>商品名 _____</p> <p>_____</p>	<p>是否患有或曾患有以下疾病：</p> <p>腮腺炎（年龄_____） <input type="checkbox"/></p> <p>伤寒 <input type="checkbox"/></p> <p>肝脏疾病 <input type="checkbox"/></p> <p>糖尿病 <input type="checkbox"/></p> <p>高血压 <input type="checkbox"/></p> <p>前列腺疾病 <input type="checkbox"/></p> <p>精索静脉曲张 <input type="checkbox"/></p> <p>泌尿生殖系统感染 <input type="checkbox"/></p> <p>发热（过去 6 个月内） <input type="checkbox"/></p> <p>其他 _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>仅供实验室使用</p> <p>患者声明使用：</p> <p>酒精 <input type="checkbox"/></p> <p>烟草 <input type="checkbox"/></p> <p>毒品 <input type="checkbox"/></p> <p>曾于以下日期接受过一疗程的磁疗</p> <p>____/____/____</p>
	<p>精液采集</p> <p><input type="checkbox"/> 完整</p> <p><input type="checkbox"/> 部分</p>	<p>备注</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

医生 _____