

北京市卫生局文件

京卫妇字[2002]18号

关于印发 《北京市婚前保健工作规范》的通知

各区县卫生局、北京市妇幼保健院、各有关单位：

为加强我市婚前保健工作的监督管理，进一步规范婚前保健工作的标准和要求，根据我市近年来婚前保健工作的情况及存在的问题，我局根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》和卫生部下发的《婚前保健工作规范（修订）》，对1997年制订的《北京市婚前保健服务技术规范（试行）》进行了修改，现将重新制订的《北京市婚前保健工作规范》印发给你们，请组织从事婚前保健服务的机构和人员认真学习卫生部颁发的《婚前保健工作规范（修订）》及本规范，遵照执行。

原《北京市婚前保健服务技术规范（试行）》同时废止。

附件：《婚前保健工作规范（修订）》



主题词：卫生 妇幼保健 通知

抄送：卫生部基层卫生与妇幼保健司、市人大文卫体委、市政府办公厅

北京市卫生局

2002年12月5日印发

共印 600 份

北京市婚前保健工作规范

为向公民提供优质保健服务，提高生活质量和出生人口素质，根据《中华人民共和国母婴保健法》（以下简称《母婴保健法》）、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》（以下简称《实施办法》）及《北京市实施“中华人民共和国母婴保健法”办法》、卫生部《婚前保健工作规范（修订）》，制定“北京市婚前保健工作规范”。

一、婚前保健服务内容

婚前保健服务是对准备结婚的男女双方，在结婚登记前所进行的婚前医学检查、婚前卫生指导和婚前卫生咨询服务。

（一）婚前医学检查

1. 婚前医学检查是对准备结婚的男女双方可能患影响结婚和生育的疾病进行的医学检查。婚前医学检查项目包括：

（1）询问病史：应询问既往史、现病史、既往婚育史、与遗传有关的家族史、血缘关系及家族近亲婚配情况、女性询问月经史等；

（2）体格检查：按“北京市婚前医学检查表”的项目进行体检。检查女性生殖器官时应做肛门腹壁双合诊，如需做阴道检查，须征得本人或家属同意后进行。除处女膜发育异常外，严禁对其完整性进行描述。对可疑发育异常者，应慎重诊断。

（3）常规辅助检查：应进行胸部透视、血常规、尿常规、梅毒筛查、血转氨酶和乙肝表面抗原（HBsAg）检测、女性阴道分泌物滴虫、霉菌检查等。

（4）其他特殊检查：包括乙型肝炎血清学标志检测、淋球菌、艾滋病病毒抗体（HIV）、风疹病毒抗体、支原体和衣原体检查、精液常规、B型超声、心电图、乳腺、染色体检查等，上述项目应根据医学需要或自愿原则确定。

2. 婚前医学检查的主要疾病

（1）严重遗传性疾病：由于遗传因素先天形成，患者全部或部分丧

失自主生活能力，子代再现风险高，医学上认为不宜生育的疾病。

(2) 指定传染病：《中华人民共和国传染病防治法》中规定的艾滋病、淋病、梅毒以及医学上认为影响结婚和生育的其他传染病。

(3) 有关精神病：精神分裂症、躁狂抑郁型精神病以及其他重型精神病。

(4) 其他与婚育有关的疾病，如重要脏器疾病和生殖系统疾病等。

3. 婚前医学检查的转诊、会诊

婚前医学检查的转诊、会诊工作按《北京市婚前医学检查转诊、会诊工作管理规定》执行，对需会诊的病例，由申请转诊的婚前保健服务机构填写《北京市婚前医学检查转诊单》，转至市级卫生行政部门指定的医疗保健机构进行会诊，申请转诊的婚前保健服务机构根据会诊结果出具《北京市婚前医学检查证明》，并保留原始资料。

对婚前医学检查结果有异议的，可申请母婴保健医学技术鉴定。

4. 医学意见

婚前保健服务机构应向接受婚前医学检查的当事人出具《北京市婚前医学检查证明》，并在“医学意见”栏内注明：

(1) 双方为直系血亲，三代以内旁系血亲关系，以及医学上认为不宜结婚的疾病，如发现一方或双方患有重度、极重度智力低下，不具有婚姻意识能力；重型精神病，在病情发作期有攻击危害行为的，注明“建议不宜结婚”。

(2) 发现医学上认为不宜生育的严重遗传性疾病或其他重要脏器疾病，以及医学上认为不宜生育的疾病，注明“建议不宜生育”。

(3) 发现指定传染病在传染期内、有关精神病在发病期内或其他医学上认为应暂缓结婚的疾病时，注明“建议暂缓结婚”。

(4) 对于婚检发现的可能会终生传染的不在发病期的传染病患者或病原体携带者，在出具婚前检查医学意见时，应向受检者说明情况，提出预防、治疗及采取其他医学措施的意见。若受检者坚持结婚，应充分尊重受检双方的意愿，注明“建议采取医学措施，尊重受检者意愿”。

(5) 未发现前款第(1)、(2)、(3)、(4)类情况，为婚检时法定允许结婚的情形，注明“未发现医学上不宜结婚的情形”。

在出具任何一种医学意见时，婚检医师应当向当事人说明情况，并进行指导。

(二) 婚前卫生指导

婚前卫生指导是对准备结婚的男女双方进行的以生殖健康为核心，与结婚和生育有关的保健知识的宣传教育。

1. 婚前卫生指导内容

- (1) 有关性保健和性教育
- (2) 新婚避孕知识及计划生育指导
- (3) 受孕前的准备、环境和疾病对后代影响等孕前保健知识
- (4) 遗传病的基本知识
- (5) 影响婚育的有关疾病的基本知识
- (6) 其他生殖健康知识

2. 婚前卫生指导方法

由市级妇幼保健机构根据婚前卫生指导的内容，研究制作宣传教育材料。婚前保健服务机构通过多种方法系统地为受检对象进行婚前生殖健康教育，为受检对象播放录像、提供婚前保健宣传资料等。宣教时间不少于 40 分钟，并进行效果评估。

(三) 婚前卫生咨询

婚前医学检查医师应针对医学检查结果发现的异常情况以及受检对象提出的具体问题进行解答、交换意见和提供信息，帮助受检对象在知情的基础上作出适宜的决定。医师在提出“建议不宜结婚”、“建议不宜生育”和“建议暂缓结婚”等医学意见时，应充分尊重受检对象的意愿，耐心、细致地讲明科学道理，对可能产生的后果给予重点解释，并由受检双方在体检表上签署知情意见。

二、婚前保健服务机构及人员的管理

(一) 婚前保健服务机构与人员的审批

1. 从事婚前保健工作的医疗保健机构应当经市卫生行政部门的审批，经审核合格的发给《母婴保健技术服务执业许可证》（婚前保健服务专业），并在其《医疗机构执业许可证》副本予以注明。审核不合格的，书面通知申请单位。

2. 《母婴保健技术服务执业许可证》有效期为三年，有效期满继续

开展婚前保健服务的，重新办理审批手续。

具体申请审批的办法、程序等严格遵守《北京市实行婚前医学检查管理规定》的有关规定。

(二) 婚前保健服务机构基本标准

1. 工作场所要求：

- (1) 从事婚前保健服务的医疗保健机构应设置婚前医学检查科。
- (2) 婚前医学检查科应设置：男婚前医学检查室、女婚前医学检查室、内科诊室、咨询室、宣教室、分诊室、资料室及候诊区域。
- (3) 必须具备检验室、档案室等相应的辅助科室。
- (4) 宣教室面积不得少于 40 平方米。

2. 人员要求：

从事婚前保健服务的专业技术人员需具备良好的职业道德和较高的业务技术水平。

(1) 从事婚前医学检查的医师须具备大专以上的医学专业学历。应具有妇产科、外科、内科的理论及实践经验，具有优生遗传、生殖医学等多学科知识，能运用人际交往技巧，对有关婚配、生育保健等问题进行咨询指导。

涉外婚前医学检查机构的专业技术人员须具备一定的外语水平。

(2) 从事女性婚前医学检查、男性婚前医学检查的医师必须是从事本专业 3 年以上的同性别执业医师；从事内科的婚前医学检查医师必须是从事本专业并具备主治医师以上技术职务；从事婚前卫生咨询的医师必须是具备主治医师以上技术职务的卫生专业技术人员。

(3) 负责婚前医学检查的主检医师，应具有一定的经验，必须具备副主任医师以上的医学专业技术职称。

(4) 从事婚前卫生指导的健康教育人员，必须经过专业技术培训。

(5) 检验人员应具有检验专业学历，具备检验师以上技术职务。

(6) 从事婚前保健服务的护士，必须取得《中华人民共和国护士执业证书》，并经过注册。

(7) 从事婚前保健服务的卫生专业人员必须经市级妇幼保健机构的培训及考核，取得《母婴保健技术考核合格证书》后方可上岗。

3. 人员的配备

(1) 婚前医学检查科的在编在岗人员不得少于 6 人，其中婚前医学检查的医师不得少于 4 人，主检医师不得少于 2 人。

(2) 婚前医学检查科的负责人须由从事临床专业 5 年以上，并具有副主任医师技术职务的执业医师承担。

4. 设备要求

(1) 分诊室：设在婚检科入口处。应有登记桌、身高体重计、血压计、听诊器、宣传版、资料柜、体检表、化验单、登记本等。

(2) 女婚前医学检查室：设诊查桌椅、妇科检查床、器械桌、屏风、洗手池。备检查必须品：妇科检查器械、手套、臀垫、润滑剂、玻片、生理盐水、滴管、棉签、显微镜、听力及视力检测仪器（色谱仪、视力表、音叉等）、消毒物品、紫外线灯、浸泡槽、污物桶等。

(3) 男婚前医学检查室：设诊查桌、诊查床、器械桌、屏风、洗手池。备检查必须品：手套、指套、润滑剂、手电筒、玻片、消毒物品、棉签、睾丸和阴茎测量用具、听力及视力检测仪器（色谱仪、视力表、音叉等）、污物桶等。

(4) 内科诊室：设诊查桌、诊查床、听诊器、血压计、叩诊锤。

(5) 宣教室：有关生殖健康知识的挂图、模型、放像设备等宣教设施。

(6) 咨询室：备电话、计算机及咨询软件、宣传画册、避孕药具及男女生殖器官模型、图片等。

(7) 资料室：应有档案管理及进行计算机处理的设备。

(8) 检验科：应设有开展常规辅助检查及特殊检查的相应检测条件。

(9) 其他辅助科室：应有 X 光机、乳腺透照仪、B 型超声仪、心电图仪。

5. 环境要求

布局合理，有利于保护受检对象的隐私；符合洁净要求，防止交叉感染；建筑结构和内装修良好、温馨；设施完备，环境优雅、安静、严肃、整洁；室内光线明亮充足；人员仪容仪表美观大方，服务主动、热情、耐心、周到。

三、婚前保健服务管理

(一) 组织管理

1. 市级妇幼保健机构在市卫生行政部门的领导下，负责监督、指导全市婚前保健服务机构的工作，承担下列职责：

- (1) 制定北京市婚前保健工作的制度、规范及培训计划等；
- (2) 组织实施全市从事婚前保健服务专业人员的培训、考核；
- (3) 负责各婚前保健服务机构的技术指导、质量管理工作；
- (4) 负责全市婚前医学检查疑难病症的转诊、会诊协调工作；
- (5) 定期组织召开主检人员的工作例会及专题研讨会；
- (6) 负责全市婚前医学检查信息资料的汇总、统计、上报及反馈工作；
- (7) 组织对各婚前保健服务机构的年度检查及抽查工作；
- (8) 完成全市婚前保健服务工作的年度总结，并上报市卫生行政部门。

2. 从事婚前保健服务的医疗保健机构定期对本机构对《母婴保健法》、《实施办法》、卫生部《婚前保健工作规范》和本规范的贯彻实施情况进行检查。主管领导及主检医师负责本机构婚前保健服务的技术管理工作，承担下列职责：

- (1) 组织完成对应婚前医学检查的公民进行婚前医学检查；
- (2) 定期组织从事婚前保健服务的专业技术人员业务学习；对婚前医学检查中发现的疑难病症进行讨论、分析，提高诊断正确率和医学指导意见的准确率；
- (3) 定期对“北京市婚前医学检查表”、“北京市婚前医学检查证明”进行分析、评价、审核；
- (4) 做好婚前保健服务的信息资料登记、统计、上报及档案管理；
- (5) 做好婚前保健工作的年度总结，并上报市级妇幼保健机构及区县卫生行政部门；
- (6) 完成市、区县卫生行政部门及市级妇幼保健机构下达的各项任务。
- (7) 接受国家及市级卫生行政部门的监督、检查；接受市级妇幼保健机构的业务管理、技术培训、技术指导。

3. 成立北京市婚前保健服务技术专家委员会，由市卫生行政部门聘任具有副主任医师以上的专业技术人员为委员，应承担的任务：

- (1) 承担对婚前医学检查疑难病症的会诊工作；

(2) 参与制订、研讨婚前保健服务的各项常规、制度及质量保证的措施、方案；

(3) 参与对从事婚前保健服务专业技术人员的培训、考核工作；

(4) 参与对婚前保健服务机构的定期检查及抽查。

(二) 质量管理

1. 必须具备完善、健全的规章制度

(1) 人员岗位责任制

(2) 科室工作制度

(3) 各项技术操作规程

(4) 质量管理、考核、评价制度

(5) 转、会诊制度

(6) 消毒、隔离制度

(7) 药品、避孕药具、设备等管理制度

2. 人员培训

培训目的应达到：严格遵守国家的法律、法规，具备良好的道德素质和专业素质；熟练掌握婚前医学检查的标准、方法、要求，做到方法统一、标准统一、记录统一、诊断正确、医学指导意见准确。

(1) 制订培训计划

计划应包括每年至少一次定期的业务学习或专题讲座，每年 1—2 次的疑难病症的研讨，凡从事婚前保健服务的专业技术人员必须参加上岗前专业培训及定期培训。

(2) 培训内容

包括法律、法规、规范及规定，相关的各学科专业知识，医学伦理。

3. 质量控制

(1) 严格执行卫生部颁发的《婚前保健工作规范》及本规范，把好病史关、体检关、医学指导关；严格掌握出具《北京市婚前医学检查证明》的标准，做到：疾病诊断规范，检查结果与诊断相符，医学意见正确，咨询指导准确。

(2) 必须严格执行主检医师负责制。主检医师负责体检项目的核准，质量的控制，必要的进一步检查项目的确定及转、会诊病例的确定，负责填写《北京市婚前医学检查证明》。

(3) 建立健全质量保证制度，制定与组织实施婚前保健服务质量保证方案，开展年度质量控制目标监测，并将质量保证的实施，做为年度考核的主要内容，确保婚前保健服务质量。

(4) 严格执行《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》及各项操作规程。婚前医学检查中发现有患淋病、梅毒、艾滋病的受检者，应及时报告市级妇幼保健机构，同时报所辖区县的性病防治机构，杜绝在本机构内发生交叉感染。

(5) 凡因婚前医学检查的原因造成的纠纷，婚前保健服务机构应查找原因，认真分析，明确责任，并及时向市级妇幼保健机构报专题报告。

4. 实验室质量管理

(1) 建立健全各项规章制度；

(2) 严格执行北京市临床检验中心的有关规定及操作规程，建立室内、室间质控；

(3) 出具规范的检验报告；

(4) 检验时必须使用有生产单位、生产批准文号和规定的诊断试剂；

(5) 采集血液检验标本时，必须做到一人一垫一止血带，必须使用有生产单位、生产批准文号和有效期内的一次性注射器。

5. 信息资料的管理

(1) 各婚前保健服务机构必须有专人负责信息资料的管理，定期进行登记、统计，按要求逐级上报；

(2) 应建立“北京市婚前医学检查登记本”、“北京市婚前医学检查疾病登记本”、“北京市婚前医学检查转诊登记本”“北京市婚前卫生咨询登记本”、“北京市婚前卫生指导登记本”“北京市婚前医学检查乙肝疫苗接种登记本”；

(3) 定期进行报表准确性的审核；

(4) 尊重受检对象的隐私权，妥善保存《北京市婚前医学检查表》，除司法机关出具公函外，其他非相关人员不得查阅婚前医学检查资料。

6. 《北京市婚前医学检查表》和《北京市婚前医学检查证明》的管理

(1) 《北京市婚前医学检查表》、《北京市婚前医学检查证明》分“国内”和“外国人、港澳台居民、居住在国外的中国公民”两种，由北京

市卫生局统一制订，统一印制。

(2)《北京市婚前医学检查证明》是法律规定的医学证明之一，由主检医师填写签名，婚前保健服务机构加盖婚前医学检查专用章（图章印模式样见附件）。

《北京市婚前医学检查证明》分两联，存根联由婚前保健服务机构存档保存，另一联交受检者。男女双方在结婚登记时，须将《北京市婚前医学检查证明》或《母婴保健医学技术鉴定证明》交婚姻登记部门。

(3)《北京市婚前医学检查表》的保存同医疗机构住院病例，保存期一般不得少于30年；《北京市婚前医学检查证明》的保存同医疗机构门诊病例，保存期一般不得少于15年。婚前保健服务机构应逐步以电子病例的方式保存《北京市婚前医学检查表》和《北京市婚前医学检查证明》。

7.《北京市婚前医学检查表》书写要求

(1)《北京市婚前医学检查表》的书写是指从事婚前医学检查的医师通过询问病史、查体、辅助检查、诊断等医疗活动获得有关资料，进行归纳、整理形成医疗活动记录的行为。

(2)《北京市婚前医学检查表》是婚前医学检查的原始记录，是出具《婚前医学检查证明》的依据，书写应当真实、准确、及时、完整，应逐项认真的填写。

(3)书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水；应当文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确；书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，不得用刷、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

(4)书写应当使用中文和医学术语，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称可以使用外文。

(5)主检医师有审核、修正婚前医学检查表内容的责任，应当注明修正日期，主检医师签名，并保持原记录的清楚、可辨。

(6)实施辅助检查及特殊检查前，婚前医学检查医师应告知受检对象检查的项目、目的、可能出现的并发症及风险，并由受检对象签署同意检查的医学文书，受检对象签名。

(7)《北京市婚前医学检查表》应由受检双方签名。受检者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的由其关系人签名。受检者在不具备完全行为能力时，由其法定代理人签字。

(三) 婚前医学检查工作程序

严格执行婚前医学检查工作程序，做到秩序良好。

1. 从事婚前医学检查的医疗保健机构应查验受检对象的身份证明（包括身份证、户口本、军官证、护照等），收取3张1寸近期免冠照片。

2. 指导受检对象按规定填写“北京市婚前医学检查表”有关内容。

3. 婚前医学检查医师按规定的应检项目进行检查和必要的复查，并将检查原始记录、检验报告等结果报主检医师。

4. 主检医师根据检查结果，对受检对象的《北京市婚前医学检查表》进行审核，及时填写签发《北京市婚前医学检查证明》，并加盖婚前医学检查专用章。

5. 对婚前医学检查结果异常的病例，承检医师告知受检对象，并在其自愿的情况下，进一步检查作出诊断、出具证明。

6. 对不能确诊的疑难病例，承检医师应及时告之受检者，并经主检医师批准后转至市卫生行政部门指定的医疗保健机构进行会诊，婚前保健服务机构根据会诊意见出具证明。

7. 婚前医学检查的原始资料按规定存档。

- 附件：
1. 婚前保健医师职责
 2. 婚前保健主检医师职责
 3. 北京市婚前医学检查表（女性）
 4. 北京市婚前医学检查表（男性）
 5. 《北京市婚前医学检查表》填写说明
 6. 北京市婚前医学检查证明及存根
 7. 《北京市婚前医学检查证明》填写说明
 8. 北京市婚前医学检查表(女性外国人、港澳台居民和居住
在国外的中国公民)
 9. 北京市婚前医学检查表(男性外国人、港澳台居民和居住
在国外的中国公民)
 10. 北京市婚前医学检查证明及存根(外国人、港澳台居民
和居住在中国国外的公民)
 11. 婚前医学检查专用章式样
 12. 婚前保健服务技术人员考核审批表
 13. 北京市从事婚前保健服务技术人员岗前培训考核成绩表

婚前保健医师职责

一、按照《北京市婚前保健工作规范》从事婚前医学检查，不得擅自增加减少服务项目。

二、在婚前保健服务中，遵循“严肃、亲切、认真、守密”的工作原则，保护受检对象的隐私，不得弄虚作假。

三、进行婚前医学检查，应认真核对受检对象的证件和照片，以防冒名顶替。

四、检查生殖器官应由同性别的医师实施。

五、严格遵守操作规范，确保医疗质量，防止医源性交叉感染。

六、在受检对象接受婚前医学检查、婚前卫生指导后根据结果为其提供婚前卫生咨询服务。对影响结婚和生育的疾病或异常情况，应征求主检医师意见后，提出医学意见。对出现的异常情况，应由当事人自己向对方说明。在受检双方同意的情况下，向受检双方详细说明可能发生的后果，并指导双方采取有关措施。

七、按照统一规范，认真逐项填写“北京市婚前医学检查表”和《北京市婚前医学检查证明》，字迹清楚。

八、对不能诊断的疑难病症，应请主检医师复查后，转至市卫生行政部门指定的医疗、保健机构会诊。

九、经婚前医学检查发现可以矫治的疾病，应根据具体情况及时处理，或转至有条件的医疗、保健机构进一步诊治。

十、做好登记和统计报表工作，保证各种原始资料内容齐全。

十一、加强业务学习，重视积累病例，及时分析研究，提高工作质量，并随时接受考核。

婚前保健主检医师职责

一、依据《北京市婚前保健工作规范》，除承担婚前保健医师的职责外，还应负责婚前保健工作的质量管理和技术指导。

二、负责对《北京市婚前医学检查表》复审和填写签发《北京市婚前医学检查证明》。

三、对婚前医学检查中发现的异常情况或影响婚育的疾病进行复查，记录补充病史及体征，复核诊断依据和医学意见，向受检对象说明后签字。

四、对婚前医学检查中不能确诊的疑难病症及不宜生育的严重遗传性疾病，审核后转诊，依据反馈的确诊结果，如实填写《北京市婚前医学检查证明》。

五、对医学上认为“建议不宜结婚”、“建议暂缓结婚”、“建议不宜生育”或“建议采取医学措施，尊重受检双方意见”的受检对象，应耐心讲明科学道理，提出医学意见，进行重点咨询指导；对医学上认为“不宜生育”的，应提供以知情选择为原则的长效节育措施。

六、对《北京市婚前医学检查表》《北京市婚前医学检查证明》应定期进行质量检查并记录；每季度进行质量分析，组织讨论，针对存在的问题，采取改进措施。

七、审核检查各种登记资料及统计报表，定期分析总结，提高工作质量，并随时接受考核。

编号:

北京市婚前医学检查表(女)

北京市卫生局

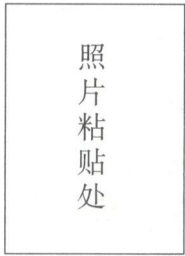
一般情况

填写日期 姓名 _____

出生日期 民族 _____ 职业 _____

文化程度 _____ 邮政编码

身份证号



户口所在地 _____ 省 _____ 市 _____ 区(县) _____

现住址 _____

单位(档案所在) _____ 联系电话 _____

对方姓名 _____ 对方年龄

以下由医生填写

血缘关系: 0 无 1 表 2 堂 3 其它

家族遗传病史: 0 无 1 盲 2 聋 3 哑 4 精神病 5 先心病 6 血友病
 7 智力低下 8 高度近视 9 糖尿病 10 其它

与本人关系 _____

近亲婚配史: 0 无 1 父母 2 祖父母 3 外祖父母

现病史: 0 无 1 有(注明)

既往病史: 0 无 1 有(注明)

手术史: 0 无 1 有(注明) 其它 _____

月经史: 初潮年龄 周期: 0 规律 1 不规律 量: 0 正常 1 异常

痛经: 0 无 1 有 末次月经

既往婚育史: 0 无 1 丧偶 2 离异 引、流产(次)

子女(人)

受检者(近亲属或法定代理人)签名: _____ 检查医师: _____

体 格 检 查

身 高	<input type="text"/>	厘米	体 重	<input type="text"/>	公斤	血 压	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mmHg
营养发育	<input type="checkbox"/>	精神状态	<input type="checkbox"/>	特殊面容	<input type="checkbox"/>	特殊体态	<input type="checkbox"/>			
淋巴结	<input type="checkbox"/>	语言	<input type="checkbox"/>	智力(常识、判断、记忆、计算)	<input type="checkbox"/>					
皮 肤	<input type="checkbox"/>	毛发	<input type="checkbox"/>			辨 色 力	<input type="checkbox"/>			
视 力 左	<input type="text"/>	右	<input type="text"/>	听 力 左	<input type="checkbox"/>	右	<input type="checkbox"/>	其 它	<input type="checkbox"/>	
甲状腺	<input type="checkbox"/>			胸 廓	<input type="checkbox"/>	肺 脏	<input type="checkbox"/>			
心 率(次/分)	<input type="text"/>	心 律	<input type="checkbox"/>	心脏杂音	<input type="checkbox"/>					
肝 脏	<input type="checkbox"/>	脾脏	<input type="checkbox"/>	脊 柱	<input type="checkbox"/>	四 肢	<input type="checkbox"/>	其 它	<input type="checkbox"/>	

检查医师: _____

第二性征: 阴毛	<input type="checkbox"/>	乳 房	<input type="checkbox"/>	其它	<input type="checkbox"/>			
生殖器检查: 肛查: 外阴	<input type="checkbox"/>	分泌物	<input type="checkbox"/>	阴道	<input type="checkbox"/>			
	宫颈	<input type="checkbox"/>	子 宫	<input type="checkbox"/>	附件	<input type="checkbox"/>	其它	<input type="checkbox"/>

阴道检查: 同意 不同意 (请在选择项前""内划"✓") 受检者签字: _____

(注: 体检部分请在 内填写 0正常 1异常, 如异常请详述)

检查医师: _____

常 规 辅 助 检 查

胸 透	<input type="checkbox"/>	血 常 规	<input type="checkbox"/>	尿 常 规	<input type="checkbox"/>	霉 菌	<input type="checkbox"/>
滴 虫	<input type="checkbox"/>	血 转 氨 酶	<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="checkbox"/>	梅 毒 筛 查	<input type="checkbox"/>

其 它 特 殊 检 查

<input type="radio"/> 肝 功 能	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 血 型	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 淋 菌	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 乙 肝 血 清 学 标 志	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 心 电 图	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 染 色 体 检 查	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> B 超	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> HIV 抗 体 初 筛 检 测	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 风 疹 病 毒	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 乳 腺 透 照	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 血 糖	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 其 它 _____	<input type="checkbox"/>

(在建议或选择检查项前""内划"✓".)

受检者(近亲属或法定代理人)签名: _____

检 查 结 果 : 0 未见异常 1 异常 2 疾病

异常情况

疾病诊断

- 医学意见:
- 1、未发现医学上不宜结婚的情形
 - 2、建议暂缓结婚
 - 3、建议不宜生育
 - 4、建议不宜结婚
 - 5、建议采取医学措施, 尊重受检者意愿

受检者(近亲属或法定代理人)双方签名: _____

婚前卫生咨询: 0 未咨询 1 咨询

咨询指导结果: 0 接受 1 不接受, 知情后选择结婚, 后果自己承担

受检者(近亲属或法定代理人)双方签名: _____

婚前卫生指导: 0 指导 1 未指导

处 理: 0 即可发证 1 复查 2 转诊

预约复诊日期

会诊机构 _____ 转 诊 日 期

出具《婚前医学检查证明》日期

主检医师: _____

报告单粘贴处

编号:

北京市婚前医学检查表(男)

北京市卫生局

一般情况

填写日期 姓名

出生日期 民族 职业

文化程度 邮政编码

身份证号

户口所在地 省 市 区(县)

现住址

单位(档案所在) 联系电话

对方姓名 对方年龄

照片
粘
贴
处

----- 以下由医生填写 -----

血缘关系： 0 无 1 表 2 堂 3 其它

家族遗传病史： 0 无 1 盲 2 聋 3 哑 4 精神病 5 先心病 6 血友病

7 智力低下 8 高度近视 9 糖尿病 10 其它

与本人关系

近亲婚配史： 0 无 1 父母 2 祖父母 3 外祖父母

现病史： 0 无 1 有(注明)

既往病史： 0 无 1 有(注明)

手术史： 0 无 1 有(注明) 其它

既往婚育史： 0 无 1 丧偶 2 离异 子女(人)

受检者(近亲属或法定代理人)签名： 检查医师：

体 格 检 查

身 高 厘米 体 重 公斤 血 压 / mmHg
 营 养 发 育 精 神 状 态 特 殊 面 容 特 殊 体 态
 淋 巴 结 语 言 智 力 (常 识、判 断、记 忆、计 算)
 皮 肤 毛 发 辨 色 力
 视 力 左 右 听 力 左 右 其 它
 甲 状 腺 胸 廓 乳 腺 肺 脏
 心 率 (次/分) 心 律 心 脏 杂 音
 肝 脏 脾 脏 脊 柱 四 肢 其 它

检查医师: _____

第 二 性 征: 喉 结 阴 毛 其 它
 生 殖 器 检 查: 阴 茎 包 皮 阴 囊 辜 丸
 附 睾 输 精 管 精 索 静 脉 其 它

(注: 体检部分请在 内填写 0 正常 1 异常, 如异常请详述)

检查医师: _____

常 规 辅 助 检 查

胸 透 血 常 规 尿 常 规 血 转 氨 酶
 HBsAg 梅 毒 筛 查

其 它 特 殊 检 查

肝 功 能 血 型 淋 菌 乙 肝 血 清 学 标 志
 精 液 常 规 B 超 血 糖 HIV 抗 体 初 筛 检 测
 心 电 图 染 色 体 检 查 其 它 _____

(在建议或选择检查项前"○"内划"✓".)

受检者(近亲属或法定代理人)签名: _____

检 查 结 果: 0 未 见 异 常 1 异 常 2 疾 病
 异 常 情 况

疾 病 诊 断

医学意见: 1、未发现医学上不宜结婚的情形
2、建议暂缓结婚
3、建议不宜生育
4、建议不宜结婚
5、建议采取医学措施, 尊重受检者意愿
受检者(近亲属或法定代理人)双方签名: _____

婚前卫生咨询: 0 未咨询 1 咨询

咨询指导结果: 0 接受 1 不接受, 知情后选择结婚, 后果自己承担
受检者(近亲属或法定代理人)双方签名: _____

婚前卫生指导: 0 指导 1 未指导

处 理: 0 即可发证 1 复查 2 转诊

预约复诊日期

会诊机构 _____ 转 诊 日 期

出具《婚前医学检查证明》日期

主检医师: _____

报告单粘贴处

《北京市婚前医学检查表》填写说明

一、概述

《北京市婚前医学检查表》(以下简称“检查表”)的填写分为2部分:以“以下由医生填写”为界,上半部分由受检者本人填写,其以下部分全部由婚检医生填写。

“检查表”必须完整填写,不能用“+”、“-”等符号代替检查结果,不能使用杜撰字或同音字,不能用盖章代替。

本说明亦适用于涉外婚前医学检查表的填写。

二、受检者填写部分

- 1、婚前保健机构应在明显位置悬挂填写说明及示例,以免误填。
- 2、检查日期:指受检者接受婚检日期,分别由年(4位)、月(2位)、日(2位),共8位数字组成。
- 3、出生日期:指受检者出生时间,其填写同上。
- 4、民族:指受检者所属的民族。代码分别为:
 - 1、汉
 - 2、回
 - 3、其他
- 5、职业:指受检者现正从事的职业。代码分别为:
 - 1、干部(技术人员)
 - 2、工人(服务员)
 - 3、农民
 - 4、军人
 - 5、个体(自由职业者)
 - 6、其他
- 6、文化程度:指受检者接受教育的程度(已完成或在读的最高程度)。代码分别为:
 - 1、大学(大专、高职)
 - 2、中学(高中、中专、职高、初中)
 - 3、小学
 - 4、文盲
- 7、4、5、6项的代码仅供输机用,受检者应填写汉字,婚检机构应公示4、5、6项的分类。
- 8、邮政编码:与“现住址”所在地一致。
- 9、身份证号:指受检者身份证号码,由18位数字组成。如为现役军人请填写士兵证或军官证号,并在号码前注明证件名称。身份证遗失的,应当由当公安部门出具证明。
- 10、现住址:指受检者现居住地。

- 11、单位：指受检者档案存放单位。
- 12、联系电话：单位或家庭电话均可。
- 13、对方姓名：对方的姓名，同身份证。
- 14、年龄：为对方的实足年龄，由2位数字组成。

三、医生填写的病史部分

- 1、编号：与受检者本人《北京市婚前医学检查证明》（以下简称“证明”）编号一致，共8位数字，编码顺序及意义不变。
- 2、病史部分：采用填写选项和填写具体情况的方法。
 - (1)家族遗传病史：应重点询问婚前医学检查表中所列疾病，并将相应编号填入空格内，与本人关系应详填。
 - (2)现病史：受检者出现如下情况应在“现病史”填写“1”，并注明异常或疾病代码。若属其他类疾病，请用文字注明：
 - ①目前正在治疗且未治愈或未治疗的疾病。
 - ②已经矫治的遗传性疾病。
 - ③目前处于慢性活动期、迁延期的疾病或病毒携带者。
 - (3)既往病史：以往曾经患过，现已治愈的疾病。填写方法同“现病史”。
 - (4)月经史：如为原发性闭经，在初潮年龄上填写“00”岁；如为绝经或其他原因不能行经者，在末次月经栏填写绝经、手术或患病日期，共8位数字，并注明“绝经”或不能行经的疾病、手术名称。
 - (5)既往婚育史：“引、流产次”包括自然流产、中期引产、人工流产及药物流产的总次数。
 - (6)病史询问完成后，由受检者知情签名。若受检者本人无书写能力，在确认与受检者关系的基础上，由近亲属或法定代理人签名。

四、体格检查部分

- 1、身高、体重、血压：应填入相应数字。
- 2、其余体检项目按“正常”或“异常”分别填入“0”或“1”。若有异常应详细描述所见的阳性症状、体征，但不能填写诊断名称。
- 3、第二性征：女性应检查阴毛、乳房，若有其他异常情况，请在“其

他”处填写“1”并详细描述；男性应检查喉结、阴毛，若有其他异常情况，请在“其他”处填写“1”并详细描述。

- 4、生殖器检查：如需做阴道检查应由受检者签字同意后方可实施操作，若受检者无书写能力应由近亲属或法定代理人签字。
- 5、检查医师签名：应清晰可辨的签署全名，不得字迹潦草或盖章代替。

五、辅助检查

- 1、常规辅助检查项目系“北京市婚前保健工作规范”所定必检项目。
- 2、其它特殊检查：当出现异常、可疑疾病或其他情况，医师建议做进一步检查若同意或受检者自愿选择，则在“其他特殊检查”相应栏目前的“○”内划“√”，选择“其他”请详述；若不同意，则在“婚前卫生咨询”栏内注明“不同意接受进一步检查”。
- 3、各项检查（常规及其他特殊检查）均应有规范的检查结果报告单，不得用检查表作为报告单。
- 4、辅助检查各类报告单均粘贴在“检查表”的背面。如有异常结果，请在相应检查项目内填写“1”。
- 5、检验结果若有数据，应按正规要求填写报告单，不得使用“阴性”“阳性”字样代替。
- 6、报告单检验者应签全名，填写报告日期。

六、检查结果

- 1、综合体格检查及特殊检查结果作出诊断，并相应填入“0”、“1”、“2”。
- 2、检出异常情况，应填入相应 2 位代码，并在空白处用文字注明，以便核对。
- 3、检出疾病，应填入相应 3 位代码，并在空白处用文字注明，以便核对。

七、医学意见

医学意见根据检查结果选定并填入相应数字，主检医师应签全名，加盖婚前医学检查专用章。

- 1、未发现影响婚育的异常或疾病，选择“未发现医学上不宜结婚的情

形”。

- 2、发现指定传染病在传染期内，有关精神病在发病期内，或其他医学上认为应暂缓结婚的重要脏器疾病时，选择“建议暂缓结婚”。
- 3、发现双方为直系血亲或三代以内旁系血亲关系以及医学上认为不宜结婚的疾病，如一方或双方患有重度、极重度智力低下、不具有婚姻意识能力的，或重型精神病、在病情发作期有攻击危害行为的，选择“建议不宜结婚”。
- 4、发现医学上认为不宜生育的严重遗传性疾病或其他重要脏器疾病时，选择“建议不宜生育”。
- 5、对于婚检发现的可能会终生传染的传染病患者或病原体携带者，在出具婚前检查医学意见时，应向受检者说明情况，提出预防、治疗及采取其他医学措施的意见。若受检者坚持结婚，应充分尊重受检双方的意愿，注明“建议采取医学措施，尊重受检者意愿”。
- 6、医学意见应有受检双方签名。

八、婚前卫生咨询

- 1、将相应代码填入空格内。
- 2、在空白处用简明的语言记录咨询主要内容，重点应针对检查结果所进行的预防、治疗或其它医学措施建议（包括说明诊断；对受检者、对方及后代的影响；防治意见及婚育意见），以及针对受检者所提问题的解答。注意记录方式及记录时间。

九、咨询指导结果

根据受检者双方对咨询意见的态度，将相应代码填入空格内，并由双方知情签字。

十、处理

- 1、按照第一次检查结果提出处理意见，并填写相应代码。
- 2、如需复诊，请填写复诊日期，由8位数字组成。
- 3、如需转诊，应填写会诊机构及转诊日期。

北京市婚前医学检查证明

编号:

姓 名		出生日期	年 月 日	照片 粘贴 处
性 别		民 族		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□			
单位(职业)				
住 址	省	市	区(县)	街(乡)
对方姓名				
直系、三代内旁系血亲关系		无 有		
婚前医学检查结果:				
医学意见:				
① 未发现医学上不宜结婚的情形				
② 建议暂缓结婚				
③ 建议不宜生育				
④ 建议不宜结婚				
⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿				
主检医师 签 字		检 查 单 位 专 用 章		

注: 1、本证明有效期为三个月 2、对上述结果如有异议, 可申请母婴保健医学技术鉴定。

此联交婚姻登记部门

年 月 日

北京市婚前医学检查证明(存根)

编号:

姓名		出生日期	年 月 日	照片粘贴处
性别		民族		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□			
单位(职业)				
住址	省	市	区(县)	街(乡)
对方姓名				
直系、三代内旁系血亲关系 无 有				
婚前医学检查结果:				
医学意见: ① 未发现医学上不宜结婚的情形 ② 建议暂缓结婚 ③ 建议不宜生育 ④ 建议不宜结婚 ⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿				
主检医师 签字		检查单位 专用章		

此联留婚前医学检查单位

年 月 日

《北京市婚前医学检查证明》填写说明

一、《北京市婚前医学检查证明》与《北京市婚前医学检查证明存根》的填写应用钢笔、水笔逐项完整填写，不能用盖章代替。

二、各项栏目如编号、姓名、性别、出生日期、民族、单位、国籍等应与居民户口、护照及《北京市婚前医学检查表》一致。

三、直系三代内旁系血亲关系，应在“无”或“有”的周围画圈。

四、婚前医学检查结果（根据检查结果填写）：

- 1、未发现医学上不宜结婚的异常情况和疾病。
- 2、患有在传染期内的指定传染病。
- 3、患有在发病期内的有关精神病。
- 4、患有不宜生育的严重遗传性疾病或其他重要脏器疾病。
- 5、患有医学上认为不宜结婚的其他疾病。

五、医学意见：

医学意见应与《北京市婚前医学检查表》中的医学意见一致，并在相应的结果符号上画“√”。

六、主检医师应签全名。

七、于照片粘贴处及检查单位处加盖骑缝章。

北京市婚前医学检查表(女)

Premarital Medical Examination for Female

(外国人、港澳台居民、居住在国外的中国公民)

(Citizen of Other Countries, Chinese Citizen Residing Outside Mainland China,
including Hong Kong, Macao or Taiwan or Other Countries)

北京市卫生局

一般情况

Basic Information

填写日期(Date of Form-filling) _____ 月(M) _____ 日(D) _____ 年(Y)

姓名(Name) _____ 职业(Occupation) _____

出生日期(Date of Birth) _____ 月(M) _____ 日(D) _____ 年(Y)

文化程度(Education) _____ 民族(Race) _____

国籍(Nationality) _____ 出生地(Place of Birth) _____

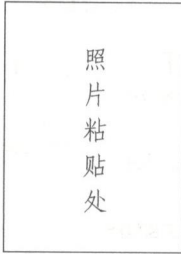
身份证或护照号(ID or Passport No.)

住址(Address) _____

邮政编码(Postcode) _____ 电话(Telephone No.) _____

单位(Unit) _____

对方姓名(Name of the Partner) _____ 对方年龄(Age of the Partner) _____



----- 以下由医生填写 (The following will be filled by the medical staff) -----

血缘关系(Blood Kinship): 0 无(No) 1 表(Cousin) 2 其它(Other)

与遗传有关的家族史(Family History with Genetic Connection): 0 无(No), 1 盲(Blind), 2 聋(Deaf),
3 哑(Mute), 4 精神病(Mental Disease), 5 先天性智力低下(Congenial Feeble-mindedness), 6 先天性心脏病(Congenital Heart Disease), 7 血友病(Hemophilia), 8 糖尿病(Diabetes)
9 其他(Others) 10 拒答(Refusal)

患者与本人关系(Relationship with the Patient) _____

家庭近亲婚配(Close Kinship Marriage in the Family):
0 无(No) 1 有(Yes)(父母Parents, 祖父母Grandparents) 2 拒答(Refusal)

现病史(Present Disease history):
0 无(No) 1 有(Yes) 2 拒答(Refusal)

过去病史(Past Disease History): 0 无(No), 1 心脏病(Heart Disease), 2 结核(TB), 3 肝脏病(Liver Disease),
4 泌尿生殖系疾病(Urogenital Disease), 5 糖尿病(Diabetes), 6 高血压(Hypertension), 7 精神病(Mental Disease), 8 性病(VD), 9 冶游史(Visit Prostitutes), 10 癫痫(Epilepsy), 11 甲亢(Thyroidism),
12 先天疾患(Congenital Disease). 13 其他(Others) _____ 14 拒答(Refusal)

手术史(Operation History): 0 无(No) 1 有(Yes) 2 拒答(Refusal)

月经史(Menstrual History): 初潮年龄(Age of Menarche)

经期/周期(Menstrual Period/Cycle):

量(Menstruation): 0 中(Moderate) 1 多(Profuse) 2 少(Scanty)

痛经(Dysmenorrhea): 0 无(No) 1 轻(Mild) 2 中(Moderate) 3 重(Severe)

末次月经(LMP): 拒答(Refusal)

既往婚育史(Past Marital and Fertile History): 0 无(No), 1 有(Yes)

受检者签名(Signature of the Client): _____

医师签名(Signature of the Doctor): _____

体格检查

Physical Examination

身高 <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	公分	体重 <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	公斤	血压 <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	mmHg
Height	cm	Weight	Kg	Blood pressure	
营养发育 <input type="checkbox"/>	精神状态 <input type="checkbox"/>	特殊面容 <input type="checkbox"/>		特殊体态 <input type="checkbox"/>	
Nourishment	Mental state	Special facies		Special posture	
淋巴结 <input type="checkbox"/>	皮肤 <input type="checkbox"/>			毛发 <input type="checkbox"/>	
Lymph nodes	Skin			Hair	
五官	视力 左 <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> 右 <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>			辨色力 <input type="checkbox"/>	
Sense organs	Vision	Left	Right	Colour sense	
	听力 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 语言 <input type="checkbox"/>	Left	Right	其它 <input type="checkbox"/>	
	Hearing	Left	Right	Language	
颈部	甲状腺 <input type="checkbox"/>			其它 <input type="checkbox"/>	
Neck	Thyroid			Others	
胸部	胸廓 <input type="checkbox"/>	乳腺 <input type="checkbox"/>	肺脏 <input type="checkbox"/>	心脏 <input type="checkbox"/>	
Chest	Thorax	Breasts	Lungs	Heart	
腹部	肝脏 <input type="checkbox"/>	脾脏 <input type="checkbox"/>	脊柱四肢 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>	
Abdomen	Liver	Spleen	Spine and Extremities	Others	

检查医师签名 (Signature of Physician): _____

生殖器:	肛查 <input type="checkbox"/>	外阴 <input type="checkbox"/>	阴道 <input type="checkbox"/>	宫颈 <input type="checkbox"/>
Female	Examination	Vulva	Vagina	Uterine column
Mobility	Per rectum	子宫位置 <input type="checkbox"/>	大小 <input type="checkbox"/>	活动度 <input type="checkbox"/>
Genitals		Uterus position	Size	Mobility
		附件 <input type="checkbox"/>	其它 _____	<input type="checkbox"/>
		Adnexa uteri	Others	

阴道检查 同意 不同意

Examination Per vagina Agree Disagree

本人签字: _____
signature _____

检查医师签名 (Signature of Gynaecologist): _____

常规辅助检查

Supplementary Routine Test

胸透 <input type="checkbox"/>	血常规 <input type="checkbox"/>	尿常规 <input type="checkbox"/>	转氨酶 <input type="checkbox"/>
Chest X-ray	Blood Routine	Urine Routine	ALT
梅毒筛查 <input type="checkbox"/>	滴虫 <input type="checkbox"/>	霉菌 <input type="checkbox"/>	HBsAg <input type="checkbox"/>
RPR	Trichomonad	Fungi	

其它特殊检查

Other Special Test

<input type="radio"/> 肝功能 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> B超 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 染色体检查 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 风疹病毒检测 <input type="checkbox"/>
Function Of Liver	B-Supersonic	Chromosome examination	Rubella virus Test
<input type="radio"/> 血糖 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 心电图 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 艾滋病检测 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 淋菌 <input type="checkbox"/>
Blood sugar	ECG	Anti-HIV Test	Neisseria gonorrhoeae
<input type="radio"/> 乳腺透照 (Mammary gland examination) <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 乙肝血清学标志 <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 其它 (Others) _____ <input type="checkbox"/>	

同意进行检查, 在所选项前"○"划"√"。 受检者签名: _____
If you agree to taking tests, write "√" before these "○" items and signature.

检查结果: Results	0 未见异常 <input type="checkbox"/>	1 异常 <input type="checkbox"/>	2 疾病 <input type="checkbox"/>
	Normal	Abnormal	Disease
	异常情况: _____ <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Abnormal Findings		
	疾病诊断: _____ <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Diagnosis		

医学意见 (Medical Opinion)

- ① 未发现医学上不宜结婚的情形 (We have not found any medical condition making marriage inappropriate)
- ② 建议暂缓结婚 (We suggest postponing marriage)
- ③ 建议不宜生育 (We suggest that it is not appropriate to have children)
- ④ 建议不宜结婚 (We suggest that it is not appropriate to get married)
- ⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿 (It is suggested to take some medical measures, and respect the client's wishes)

受检双方签名 (Signature of Clients): _____ / _____

婚前卫生咨询 (Health Consultation) 0 未咨询 (dis-consultation) 1 咨询 (consultation)

咨询指导结果 (Consultation and Direction Result)

- 0 接受指导意见 (take the direction advice)
- 1 不接受指导意见, 知情后选择结婚, 后果自己承担 (If you do not take the advice and choose to get married, you will take the consequences by yourself.)

受检双方签名 (Signature of Clients): _____ / _____

婚前卫生指导 (Health Direction) 0 指导 (direction) 1 未指导 (dis-direction)

处理 (Treatment) 0 即可发证 1 复查 2 转诊

Certificate can be issued at once Callback Recommendation to other hospital

转诊医院: _____ 转诊日期 (Date of transfer)

Recommendation to other hospital

预约复诊日期 (Predetermine the Date of callback)

出具《婚前医学检查证明》日期

Date of producing 《Certificate Of Premarital Medical Examination》

主检医师签名 (Signature of Responsible Physician) : _____

报告单粘贴处

北京市婚前医学检查表(男)

Premarital Medical Examination for Male

(外国人、港澳台居民、居住在国外的中国公民)

(Citizen of Other Countries, Chinese Citizen Residing Outside Mainland China,
including Hong Kong, Macao or Taiwan or Other Countries)

北京市卫生局

一 般 情 况

Basic Information

填写日期(Date of Form-filling)_____月(M)____日(D)____年(Y)

姓名(Name)_____ 职业(Occupation)_____

出生日期(Date of Birth)_____月(M)____日(D)____年(Y)

文化程度(Education)_____ 民族(Race)_____

国籍(Nationality)_____ 出生地(Place of Birth)_____

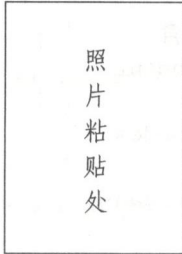
身份证或护照号(ID or Passport No.)

住 址(Address)_____

邮政编码(Postcode)_____ 电话(Telephone No.)_____

单 位(Unit)_____

对方姓名(Name of the Partner)_____ 对方年龄(Age of the Partner)_____



----- 以下由医生填写 (The following will be filled by the medical staff) -----

血缘关系(Blood Kinship): 0 无(No) 1 表(Cousin) 2 其它(Other)

与遗传有关的家族史(Family History with Genetic Connection): 0 无(No), 1 盲(Blind), 2 聋(Deaf),
3 哑(Mute), 4 精神病(Mental Disease), 5 先天性智力低下(Congenial Feeble-mindedness), 6 先天性心脏病(Congenital Heart Disease), 7 血友病(Hemophilia), 8 糖尿病(Diabetes)
9 其他(Others) 10 拒答(Refusal)

患者与本人关系(Relationship with the Patient) _____

家庭近亲婚配(Close Kinship Marriage in the Family):
0 无(No) 1 有(Yes) (父母Parents, 祖父母Grandparents) 2 拒答(Refusal)

现病史(Present Disease history):
0 无(No) 1 有(Yes) 2 拒答(Refusal)

过去病史(Past Disease History): 0 无(No), 1 心脏病(Heart Disease), 2 结核(TB), 3 肝脏病(Liver Disease),
4 泌尿生殖系疾病(Urogenital Disease), 5 糖尿病(Diabetes), 6 高血压(Hypertension), 7 精神病
(Mental Disease), 8 性病(VD), 9 冶游史(Visit Prostitutes), 10 癫痫(Epilepsy), 11 甲亢(Thyroidism),
12 先天疾患(Congenital Disease). 13 其他(Others) _____ 14 拒答(Refusal)

手术史(Operation History): 0 无(No) 1 有(Yes) 2 拒答(Refusal)

既往婚育史(Past Marital and Fertile History): 0 无(No), 1 有(Yes)

受检者签名 (Signature of the Client) : _____

医师签名 (Signature of the Doctor) : _____

体格检查

Physical Examination

身高	<input type="text"/>	公分	体重	<input type="text"/>	公斤	血压	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mmHg
Height		cm	Weight		Kg	Blood pressure				
营养发育	<input type="checkbox"/>	精神状态	<input type="checkbox"/>	特殊面容	<input type="checkbox"/>	特殊体态	<input type="checkbox"/>			
Nourishment		Mental state		Special facies		Special posture				
淋巴结	<input type="checkbox"/>	皮肤	<input type="checkbox"/>			毛发	<input type="checkbox"/>			
Lymph nodes		Skin				Hair				
五官		视力	左 <input type="text"/>	右 <input type="text"/>		辨色力	<input type="checkbox"/>			
Sense organs		Vision	Left	Right		Colour sense				
		听力	左 <input type="checkbox"/>	右 <input type="checkbox"/>	语言 <input type="checkbox"/>	其它	<input type="checkbox"/>			
		Hearing	Left	Right	Language	Others				
颈部		甲状腺	<input type="checkbox"/>			其它	<input type="checkbox"/>			
Neck		Thyroid				Others				
胸部	胸廓 <input type="checkbox"/>	乳腺	<input type="checkbox"/>	肺脏	<input type="checkbox"/>	心脏	<input type="checkbox"/>			
Chest	Thorax	Breasts		Lungs		Heart				
腹部	肝脏 <input type="checkbox"/>	脾脏	<input type="checkbox"/>	脊柱四肢	<input type="checkbox"/>	其它	<input type="checkbox"/>			
Abdomen	Liver	Spleen		Spine and Extremities		Others				

检查医师签名 (Signature of Physician): _____

生殖器:	阴茎 <input type="checkbox"/>	包皮 <input type="checkbox"/>	阴囊 <input type="checkbox"/>		
male	penis	Prepuce	Scrotum		
Genitals	睾丸 <input type="checkbox"/>	附睾 <input type="checkbox"/>	输精管 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>	
	Testicle	Epididymis	Deterns	Others	

检查医师签名 (Signature of Surgeon): _____

常规辅助检查

Supplementary Routine Test

胸透 <input type="checkbox"/>	血常规 <input type="checkbox"/>	尿常规 <input type="checkbox"/>	转氨酶 <input type="checkbox"/>
Chest X-ray	Blood Routine	Urine Routine	ALT
梅毒筛查 <input type="checkbox"/>	HBsAg <input type="checkbox"/>		
RPR			

其它特殊检查

Other Special Test

<input type="checkbox"/> 肝功能 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B超 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 染色体检查 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 淋菌 <input type="checkbox"/>
Function Of Liver	B-Supersonic	Chromasome examination	Neisseria gonorrhoeae
<input type="checkbox"/> 精液 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 艾滋病检测 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/>
Semen	ECG	Anti-HIV Test	Blood sugar
<input type="checkbox"/> 乙肝血清学标志 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其它(Others) _____ <input type="checkbox"/>		

同意进行检查, 在所选项前"○"划"√"。 受检者签名: _____

If you agree to taking tests, write "√" before these "○" items and signature.

检查结果:	0 未见异常	1 异常	2 疾病	<input type="checkbox"/>
Results	Normal	Abnormal	Disease	

异常情况: _____

Abnormal Findings

疾病诊断: _____

Diagnosis

医学意见 (Medical Opinion)

- ① 未发现医学上不宜结婚的情形 (We have not found any medical condition making marriage inappropriate)
- ② 建议暂缓结婚 (We suggest postponing marriage)
- ③ 建议不宜生育 (We suggest that it is not appropriate to have children)
- ④ 建议不宜结婚 (We suggest that it is not appropriate to get married)
- ⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿 (It is suggested to take some medical measures, and respect the client's wishes)

受检双方签名 (Signature of Clients): _____ / _____

婚前卫生咨询 (Health Consultation) 0 未咨询 (dis-consultation) 1 咨询 (consultation)

咨询指导结果 (Consultation and Direction Result)

- 0 接受指导意见 (take the direction advice)
- 1 不接受指导意见, 知情后选择结婚, 后果自己承担 (If you do not take the advice and choose to get married, you will take the consequences by yourself.)

受检双方签名 (Signature of Clients): _____ / _____

婚前卫生指导 (Health Direction) 0 指导 (direction) 1 未指导 (dis-direction)

处理 (Treatment) 0 即可发证 1 复查 2 转诊

Certificate can be issued at once Callback Recommendation to other hospital

转诊医院: _____ 转诊日期 (Date of transfer)

Recommendation to other hospital

预约复诊日期 (Predetermine the Date of callback)

出具《婚前医学检查证明》日期

Date of producing 《Certificate Of Premarital Medical Examination》

主检医师签名 (Signature of Responsible Physician) : _____

报告单粘贴处

北京市婚前医学检查证明

(外国人、港澳台居民、居住在外国的中国公民)

No. _____

CERTIFICATE OF PREMARITAL MEDICAL EXAMINATION

(Citizen of Other Countries, Chinese Citizen Residing Outside Mainland China, including Hong Kong, Macao and Taiwan and Other Countries)

姓名 (Name)		性别 (Sex)		照片 粘 贴 处
民族 (Race)		国籍 (Nationality)		
出生日期 (Date of Birth)	月 (M)	日 (D)	年 (Y)	
身份证号或护照号 (ID or Passport No.)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
单位或职业 (Unit or Occupation)				
住址 (Address)				
对方姓名 (Partner Name)				
直系、三代内旁系血亲关系 (Blood Kinship)		无 (No)	有 (Yes)	
婚前医学检查结果 (Result of Premarital Exam)				
<p>医学意见 (Medical Opinion)</p> <p>① 未发现医学上不宜结婚的情形 We have not found any medical condition making marriage inappropriate</p> <p>② 建议暂缓结婚 We suggest postponing marriage</p> <p>③ 建议不宜生育 We suggest that it is not appropriate to have children</p> <p>④ 建议不宜结婚 We suggest that it is not appropriate to get married</p> <p>⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿 It is suggested to take some medical measures, and respect the client's wishes</p>				
主检医师签字 (Signature of Responsible Physician)		检查单位专用章 (Official Seal of the Medical Institution)		

注: 本证明有效期为三个月 (The term of validity of the certificate is three months)

此联交婚姻登记部门 (This sheet should be submitted to the dept. of marriage registration)

月 (M) 日 (D) 年 (Y)

北京市婚前医学检查证明(存根)

(外国人、港澳台居民、居住在中国以外的中国公民)

No. _____

CERTIFICATE OF PREMARITAL MEDICAL EXAMINATION

(Citizen of Other Countries, Chinese Citizen Residing Outside Mainland China, including Hong Kong, Macao and Taiwan and Other Countries)

姓名 (Name)		性别 (Sex)		照片 粘 贴 处
民族 (Race)		国籍 (Nationality)		
出生日期 (Date of Birth)	月 (M)	日 (D)	年 (Y)	
身份证号或护照号 (ID or Passport No.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
单位或职业 (Unit or Occupation)				
住 址 (Address)				
对方姓名 (Partner Name)				
直系、三代内旁系血亲关系(Blood Kinship)		无(No)		有(Yes)
婚前医学检查结果 (Result of Premarital Exam)				
医学意见 (Medical Opinion)				
<p>① 未发现医学上不宜结婚的情形 We have not found any medical condition making marriage inappropriate</p> <p>② 建议暂缓结婚 We suggest postponing marriage</p> <p>③ 建议不宜生育 We suggest that it is not appropriate to have children</p> <p>④ 建议不宜结婚 We suggest that it is not appropriate to get married</p> <p>⑤ 建议采取医学措施, 尊重受检者意愿 It is suggested to take some medical measures, and respect the client's wishes</p>				
主检医师签字 (Signature of Responsible Physician)			检查单位专用章 (Official Seal of the Medical Institution)	

此联留婚前医学检查单位

月(M) 日(D) 年(Y)

婚前医学检查专用章样式：



40 毫米

北京市

海淀区

婚前医学检查

专用章

日 月 年

第 号

北京市

婚前保健服务技术人员考核审批表



申请人姓名 _____

申请婚前保健
技术服务项目 _____

执业机构名称 _____

填表时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日

北京市卫生局

姓 名		性 别		年 龄		照 片
工作单位			学 历			
毕业医 学院校			所 学 专 业			
技术专科			技术职称			
考核项目						
从事技术专科	年 月 至 年 月					
专 业 技 术 培 训 经 历						
专 业 技 术 工 作 简 述						

<p>单 位 意 见</p>	<p>负责人签字</p> <p style="text-align: right;">单位盖章 年 月 日</p>
<p>区 县 级 卫 生 行 政 部 门 初 审 意 见</p>	<p>负责人签字</p> <p style="text-align: right;">单位盖章 年 月 日</p>
<p>市 级 卫 生 行 政 部 门 考 核 审 批 意 见</p>	<p>负责人签字</p> <p style="text-align: right;">单位盖章 年 月 日</p>

北京市从事婚前保健服务技术人员

岗前培训考核成绩表

姓 名 _____

单 位 _____

技术职称 _____

基本理论、基本操作考核记录

考核内容	考核成绩	主考单位	主考人员签名
法律法规			
基本理论			
体格检查			
考核结论			