



ANDROLOGY REGISTRATION FORM 男性生殖登记表

PATIENT 病患		PARTNER 伴侣 (if applicable)(若有)	
Surname 姓		Surname 姓	
First Name 名		First Name 名	
Preferred or Former Name (if applicable)别名 或曾用名(若有)		Preferred or Former Name (if applicable)别名 或曾用名(若有)	
Date of Birth 出生日期		Date of Birth 出生日期	
Gender at Birth 出生时性别	<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> X	Gender at Birth 出生时性别	<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> X
Gender Identify 确定性别	<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男	Gender Identify As 确定性别	<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男
Address 地址		Address (or as PATIENT)(或与患者相同)	
State 州		State 州	
Post Code 邮编		Post Code 邮编	
Postal Address 通讯地址		Postal Address 通讯地址	
Medicare Number Medicare 号码		Medicare Number Medicare 号码	
Expiry Date 有效日期	Reference number 参考号码(在姓名之前)	Expiry Date 有效日期	Reference number 参考号码(在姓名之前)
Home Phone 家里电话		Home Phone 家里电话	
Mobile 手机		Mobile 手机	
Email Address 电子邮箱		Email Address 电子邮箱	
Occupation 职业		Occupation 职业	
Country of Birth 出生国家		Country of Birth 出生国家	
Height 身高	Weight 体重	Height 身高	Weight 体重
Emergency contact name and number 紧急联系人姓名和电话		Emergency contact name and number 紧急联系人姓名和电话	
Known Allergies 过敏史		Known Allergies 过敏史	
Referring Family Doctor (GP)转介家庭医生(全科医生)	Name 姓名		
	Address 地址		
Fertility Specialist 生育专科医生			
Do you require an interpreter?您需要口译人员吗?	<input type="checkbox"/> Yes 需要		<input type="checkbox"/> No 不需要
If yes, for which language?若需要, 那么是哪一种语言?			
Do you have a physical disability?您有身体上的障碍吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有		<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, do you require Wheelchair Access?若有, 那么需要无障碍通道吗?	<input type="checkbox"/> Yes 需要		<input type="checkbox"/> No 不需要
Are you visually or hearing impaired?您或您的伴侣有视觉或听觉方面的问题吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有		<input type="checkbox"/> No 有
If yes, do you require assistance for 若有, 您需要协助的是	<input type="checkbox"/> Hearing 听力		<input type="checkbox"/> Seeing 视力
How did you hear about the clinic?您是如何知道本诊所的?	<input type="checkbox"/> Radio 电台	<input type="checkbox"/> Yellow Pages 黄页	<input type="checkbox"/> Brochure 宣传册
	<input type="checkbox"/> Magazine 杂志	<input type="checkbox"/> Newspaper 报纸	<input type="checkbox"/> White Pages 白页
	<input type="checkbox"/> Internet 互联网	<input type="checkbox"/> Social Media 社交媒体	<input type="checkbox"/> Friend or Relative 亲戚或朋友
			<input type="checkbox"/> Referring GP 家庭医生
		<input type="checkbox"/> Other 其他	

MANDATORY
必填

MANDATORY
必填



CITY FERTILITY CENTRE

your partners in life

ANDROLOGY REGISTRATION FORM 男性生殖登记表

CITY FERTILITY CENTRE CONFIDENTIALITY POLICY IS AVAILABLE ON REQUEST

如有需要, CITY FERTILITY CENTRE 可提供私隱政策