

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید. لطفاً تا حد امکان دقیق باشید و تمام شرایط را ذکر کنید.  
ذکر کامل اطلاعات مربوط به سلامت بسیار مهم است، زیرا به روند درمان کمک خواهد کرد.

## تاریخچه پزشکی شخصی

شرایط - فعلی یا درمان شده در گذشته (تمام مواردی که اعمال می‌شود را علامت بزنید)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> آلرژی                                  | <input type="checkbox"/> COPD / مشکلات تنفسی          |
| <input type="checkbox"/> گلوکوم                                 | <input type="checkbox"/> زخمهای پا                    |
| <input type="checkbox"/> کم خونی                                | <input type="checkbox"/> بیماری شریان کرونری          |
| <input type="checkbox"/> نقرس                                   | <input type="checkbox"/> بیماری کبد                   |
| <input type="checkbox"/> اضطراب                                 | <input type="checkbox"/> آب مروارید                   |
| <input type="checkbox"/> حمله قلبی                              | <input type="checkbox"/> چاقی                         |
| <input type="checkbox"/> آرتریت                                 | <input type="checkbox"/> زوال عقل / از دست دادن حافظه |
| <input type="checkbox"/> بیماری قلبی                            | <input type="checkbox"/> پوکی استخوان                 |
| <input type="checkbox"/> آسم                                    | <input type="checkbox"/> افسردگی                      |
| <input type="checkbox"/> سوزش سردل / ترش کردن                   | <input type="checkbox"/> ذات‌الریه                    |
| <input type="checkbox"/> بزرگ شدن پروستات خوش خیم               | <input type="checkbox"/> دیابت / قند                  |
| <input type="checkbox"/> هیپاتیت                                | <input type="checkbox"/> صرع                          |
| <input type="checkbox"/> اختلال دوقطبی                          | <input type="checkbox"/> ناراحتی روده ای              |
| <input type="checkbox"/> کلسترول بالا                           | <input type="checkbox"/> سکته مغزی                    |
| <input type="checkbox"/> لخته خون                               | <input type="checkbox"/> اختلالات تغذیه               |
| <input type="checkbox"/> HIV                                    | <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید               |
| <input type="checkbox"/> سرطان (نوع سرطان را در زیر اضافه کنید) | <input type="checkbox"/> برونشیت مزمن                 |
| <input type="checkbox"/> فشار خون بالا                          | <input type="checkbox"/> سل                           |
| <input type="checkbox"/> خستگی مزمن                             | <input type="checkbox"/> سندرم درد مزمن               |
| <input type="checkbox"/> بیماری کلیه                            | <input type="checkbox"/> زخم ها                       |
| <input type="checkbox"/> نارسایی قلبی مزمن                      | <input type="checkbox"/> عفونتهای دستگاه ادراری       |
| <input type="checkbox"/> سنگ کلیه                               | <input type="checkbox"/> هیچکدام                      |
- آیا مشکل پزشکی دیگری وجود دارد که در بالا ذکر نشده باشد؟

تاریخچه جراحی (تمام مواردی که اعمال میشود را علامت بزنید)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> جراحی آپاندیس                             | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> جراحی باز قلب                             | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> ترمیم فتق                                 | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> تراش لوزه                                 | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> جراحی صفرا                                | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> برداشتن ضایعات پوستی                      | <input type="checkbox"/> تاریخ جراحی: |
| <input type="checkbox"/> هیچکدام                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> جراحی‌های دیگر را در بخش زیر یادداشت کنید |                                       |

انتقال خون

**آلرژی‌ها (لطفاً ماده حساسیت‌زا و واکنش بدن را به‌طور کامل ذکر کنید)**

واکنش بدن

ماده حساسیت‌زا

- آلرژی‌های داخل خانه
- آلرژی‌های خارج از خانه
- آلرژی‌های غذایی
- داروها
- واکنش به واکنش‌ها (ایمن‌سازی‌ها)
- هیچ‌گونه آلرژی شناخته شده‌ای وجود ندارد

**داروهای فعلی را فهرست کنید، لطفاً نام، دوز و دفعات مصرف را مشخص کنید.**

نام داروخانه - ترجیحی:

نشانی خیابان داروخانه:

نام داروخانه - سفارش پستی:

ترجیح برای نسخه ۳۰ روزه:

ترجیح برای نسخه ۹۰ روزه:

**واکسیناسیون‌ها:**

تمام واکسن‌هایی که دریافت کرده‌اید را انتخاب کنید. در صورت امکان، لطفاً سال دریافت واکسن را نیز ذکر کنید.

- هیپاتیت A
- هیپاتیت B
- دیفتتری
- سیاه سرفه
- تتانس
- هموفیلوس آنفلوآنزا نوع B
- فلج اطفال
- پنوموکوک
- سرخک
- اوریون
- سرخجه
- ابله مرغان
- آنفلوآنزا
- روده‌پروس
- ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (HPV)
- COVID-19

### وضعیت سیگار کشیدن

- هرگز سیگاری نبوده است  
 سیگاری سابق  
 سیگاری روزانه فعلی  
 سیگاری گهگاهی  
 سیگاری سنگین  
 سیگاری سبک

مدت زمانی که سیگار کشیده است:  
تاریخ ترک (در صورت وجود):

اگر در حال حاضر سیگار می‌کشید، آیا تمایل دارید که ترک کنید؟  
 بله  خیر

### مصرف الکل

آیا الکل می‌نوشید؟

بله  خیر

نوع:

تعداد نوشیدنیها در هفته:

تاریخچه استفاده از مواد مخدر:

آیا شاغل هستید؟

بله  خیر

شغل:

اگر بازنشسته یا دارای ناتوانی هستید، چه نوع شغلی انجام می‌دادید؟

## تاریخچه اجتماعی

### وضعیت تأهل

- مجرد  
 متأهل  
 طلاق گرفته  
 جدا شده  
 بیوه  
 شریک زندگی (ازدواج سفید)

### زندگی با (تمام مواردی که اعمال میشود را انتخاب کنید):

- پدر  
 مادر  
 خواهر و برادر  
 خانواده پذیرش  
 سایر  
 همسر  
 اولاد  
 پدربزرگ و مادربزرگ  
 والدین ناتنی / خانواده

### فعالیت جنسی

- هرگز  
 فعلی  
 گذشته  
 شرکا  
 همسر  
 شریک زندگی  
 مرد  
 زن

### لطفاً سالهایی که آزمایشات زیر را دریافت کرده اید ذکر کنید:

- |        |                                    |                                |   |
|--------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> آزمایش تراکم استخوان:  |
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> کولونوسکوپی:           |
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> آزمایش بالینی پروستات: |
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> ماموگرافی:             |
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> معاینه داخلی زنان:     |
| تاریخ: | <input type="checkbox"/> غیر نرمال | <input type="checkbox"/> نرمال | <input type="checkbox"/> آزمایش PSA خون:        |

