

..... دکتر:

..... تاریخ :

..... شماره پرونده :

..... نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: معرف:

..... شغل : سال تولد: نشانی:

..... تلفن ثابت : تلفن اضطراری: همراه:

آیا تاکنون به موارد زیر مبتلا بوده اید؟

☐ فشار خون

☐ بیماری های قلبی-عروقی

☐ بیماری های سیستم تنفسی

☐ بیماری های خونی و انعقادی

☐ پرکاری تیروئید

☐ هیپاتیت-یرقان

☐ رماتیسم قلبی

☐ بیماری های گوارشی

☐ تشنج و صرع

☐ آسم

☐ ایدز

☐ دیابت

..... هرگونه موارد غیر طبیعی و یا قید نشده را شرح دهید:

..... آیا از داروی خاصی استفاده میکنید؟ ☐ بله ☐ خیر ،نام دارو:

..... علت دریافت آن