ضمیه 2.1
(پرگراف I شماره .2.3 ، اصل 2)

پرسش نامه درباره سوانح طبی – بزرگسالان
(لطفاً گذینه مربوصه را علامه گذاری کنید و به داکتر تسلیم دهید!)

معلومات شخصی، شامل شماره شناسایی ZAB: تاریخ:
جنس: مذکر ☐ مونث ☐ ملیت: وضعیت حاملگی: ماه
مجرد☐ متاهل ☐

1.	آیا مریض هستید؟	بلی ☐	نخیر ☐
2.	آیا دوا مصرف میکنید؟	بلی ☐	نخیر ☐
3.	آیا درمقابل امراض واکسین شده اید؟	بلی ☐	نخیر ☐
4.	آیا از شما تست جلدی برای تشخیص سل گرفته شده است؟	بلی ☐	نخیر ☐
5.	آیا یک مریضی ساری دارید یا تا به حال داشته اید؟	بلی ☐	نخیر ☐
	سل؟	بلی ☐	نخیر ☐
	هپاتیت؟	بلی ☐	نخیر ☐
	اچ آی وی؟	بلی ☐	نخیر ☐
	آبله مرغان؟	بلی ☐	نخیر ☐
	سرخکان؟	بلی ☐	نخیر ☐
	سرخی؟	بلی ☐	نخیر ☐
	کله چرک؟	بلی ☐	نخیر ☐
	سفلیس؟	بلی ☐	نخیر ☐
	دیگر امراض جنسی؟	بلی ☐	نخیر ☐
	مرقه، شبه مرقه؟	بلی ☐	نخیر ☐
	کولرا؟	بلی ☐	نخیر ☐
6.	آیا درد دارید؟	بلی ☐	نخیر ☐
7.	آیا تب دارید یا در 6 هفته گذشته تب داشته اید؟	بلی ☐	نخیر ☐
8.	آیا بسیار زیاد سرفه میکنید؟	بلی ☐	نخیر ☐
9.	آیا حالت تهوع دارید، استفراق میکنید؟	بلی ☐	نخیر ☐
10.	آیا دل دردی یا اسهال دارید؟	بلی ☐	نخیر ☐
11.	آیا مدفوع شما با خون همراه است؟	بلی ☐	نخیر ☐
12.	آیا در هنگام ادرار درد دارید؟	بلی ☐	نخیر ☐
13.	آیا بخار جلدی دارید؟	بلی ☐	نخیر ☐

امضا

توضیحات داکتر:

امضای داکتر