

المريض :

الاسم:الكنية:

1. هل تتلقى حاليًا أي علاج؟
2. هل تستخدم الدواء؟
3. هل لديك أي مرض أو أصبت به؟  
      
    4. يرجى وضع علامة على أي من الأمراض التالية التي لديك.

السكري

الصرع (الصرع)

روماتيزم المفاصل

أمراض الدم

مرض تناسلي (جلدي)

الربو وحمى القش

أمراض الرئة

تشخيص السرطان

أمراض القلب

مشكلة ضغط الدم

الروماتيزم الناري

تضخم الغدة الدرقية (أقراص الغدة الدرقية)

حساسية (دواء ، طعام ، إلخ)

اليرقان

اضطرابات الكلى والكبد

التهاب الجيوب الأنفية

الأمراض المعدية (التهاب الكبد ، الإيدز ، إلخ) □

1. هل خضعت للعلاج الإشعاعي في منطقة الرأس والرقبة؟
2. هل خضعت للعلاج الكيميائي؟
3. هل يستمر النزيف لفترة طويلة بعد الجراحة أو الإصابة؟
4. هل لديك أي مشاكل طبية أخرى غير هذه؟
5. هل لديك طبيب يقوم بفحصك باستمرار؟
6. للنساء. حالة الحمل:

اوافق على دقة المعلومات أعلاه  
الاسم واللقب:

التاريخ:

التوقيع:



