



## پرسشنامه بالینی (۱)

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده	نام و نام خانوادگی پرسشگر	تاریخ پرسشگری

### ● سوابق بیماری های مزمن - ۱

بیماری	بله	خیر	نمی داند	سن در زمان تشخیص	تحت درمان بوده / است؟	
					بله	خیر
دیابت	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
افزایش فشارخون	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های ایسکمیک قلبی شامل نارسائی قلبی و آنژین	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سکته قلبی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سکته مغزی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
نارسائی کلیه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
کبد چرب	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هیپاتیت B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هیپاتیت C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های مزمن ریوی (سل / آسم)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تیروئید	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سنگ کلیه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سنگ کیسه صفرا	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های روماتیسمی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان پوست	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان معده	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان کولورکتال	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان مثانه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان سیستم هماتوپوئیتیک	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان مری	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان پروستات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان ریه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان مغز و اعصاب مرکزی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

تحت درمان بوده / است؟		سن در زمان تشخیص	نمی داند	خیر	بله	بیماری
بله	خیر					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	صرع
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سردرد مزمن و راجعه
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	افسردگی با تشخیص پزشک
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هرگونه اختلال روانپزشکی دیگر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اختلال یادگیری که باعث کاهش پیشرفت در تحصیل شده باشد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اختلال حافظه که سبب اختلال جدی در عملکرد روزانه شود
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان حنجره
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان زبان
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان رحم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان تخمدان
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لوپوس
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بیماری MS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	فشارخون بارداری
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دیابت بارداری

توضیحات: .....

.....

## ● سوابق بیماری های مزمن - ۲

- آیا هنگام راه رفتن تند یا بالا رفتن از سربالایی احساس سنگینی، درد یا سوزش در پشت جناغ سینه خود دارید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه ورم در بدن، خصوصاً پاها را داشته اید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه تغییر رنگ ادرار خصوصاً ادرار شبه خونی داشته اید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه سوزش ادرار، تکرر ادرار، شب ادراری و شب شاشی داشته اید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه آزمایش ادرار غیر طبیعی (خون، رگ، پروتین، لکوسیت، RBC) داشته اید؟  
 بلی  خیر
- آیا در یک سال گذشته دچار درد و سوزش زیر جناغ سینه شده اید؟  
 بلی  خیر
- اگر بلی تعداد دفعات آن را مشخص کنید:  
 تقریباً هر روز  چند بار در هفته  چند بار در ماه  گاهی
- آیا در یک سال گذشته دچار برگشت غذا از معده به مری و حلق شده اید؟  
 بلی  خیر

• اگر بلی تعداد دفعات آن را مشخص کنید:

○ تقریباً هر روز ○ چند بار در هفته ○ چند بار در ماه ○ گاهی

• آیا تاکنون تشخیص بیماری رفلاکس اسید از معده به مری داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا در یک سال گذشته دچار نفخ و اتساع شکم بخصوص بعد از مصرف غذا شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• اگر بلی تعداد دفعات آن را مشخص کنید:

○ تقریباً هر روز ○ چند بار در هفته ○ چند بار در ماه ○ گاهی

• برنامه اجابت مزاجی شما چگونه است؟

روزانه ..... بار هفته‌ای ..... بار ماهانه ..... بار

• آیا سابقه دفع خون تازه در مدفوع داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا سابقه کاهش وزن ناخواسته داشته‌اید؟ (بدون رژیم غذایی و بیش از ۵ کیلوگرم در یک ماه)

○ بلی ○ خیر

• آیا سابقه زردی چشم یا پوست بدن در طول زندگی داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر سن ..... هفته / ماه / سال

• آیا در یک سال گذشته حداقل به مدت ۲ هفته سرفه داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر اگر بلی: ○ خلط‌دار ○ بدون خلط

• آیا در یک سال گذشته حداقل به مدت ۲ هفته تنگی نفس به همراه خس خس سینه داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا شما هرگز دچار مشکل در راه رفتن یا کنترل تعادل بطوری که بیش از یک هفته طول بکشد، بوده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا شما بیش از یک بار بطور موقت و بدون دلیل خاصی و برای مدت کوتاهی بیهوش شده یا غش کرده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا شما هرگز دچار اختلال در تفکر، حافظه و یا تکلم بطوری که بیش از یک هفته طول بکشد، شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا شما هرگز دچار اختلال در بینایی یا دو بینی بطوری که بیش از یک هفته طول بکشد و خود بخود بهبود یابد، شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا هرگز دچار ضعف عضلانی در هیچ قسمت بدن بطوری که بیش از یک هفته طول بکشد، شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا هرگز دچار هیچ‌گونه اختلال در حرکت (کندی و سفتی اندام‌ها)، لرزش دست یا پا که بیش از یک هفته طول بکشد، شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

• آیا هرگز در پاها یا دست‌های خود دچار بی‌حسی یا گزگز بطوری که بیش از یک هفته طول بکشد، شده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

- آیا هرگز دچار ضربه به سر بطوری که برای مدتی هر چند کم بیهوش شوید شده‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا هرگز دچار حملات تکرار شونده سردرد که هر حمله حداقل ۴ ساعت طول بکشد (حداقل ۲ بار) شده‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا هرگز دچار حملات سرگیجه (احساس دَوَرن) که باعث اختلال جدی در عملکرد روزانه شود، شده‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا هرگز دچار حملات وزوز گوش که بیش از یک هفته تداوم یابد، شده‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا در ۵ سال اخیر هرگونه شکستگی داشته‌اید؟  
 بلی  خیر محل: .....
- در چه سنی آخرین بار شکستگی روی داد؟  
 ..... سالگی
- آیا آخرین شکستگی به خاطر افتادن بوده است؟  
 بلی  خیر
- در طی سال گذشته چند بار زمین خورده‌اید؟  
 بار .....
- آیا تا بحال شکستگی لگن یا فمور داشته‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا تا بحال تشخیص استئوپوروز (پوکی استخوان) داشته و یا پزشک به شما گفته است که در خطر آن هستید؟  
 بلی  خیر
- آیا هرگز دچار کمردردی که بیش از یک هفته طول بکشد و در کار روزمره اختلال جدی ایجاد کند، شده‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه کمردرد با خشکی صبحگاهی بیشتر از یک ساعت دارید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه درد مفصل دارید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه درد مفصل با خشکی صبحگاهی بیشتر از یک ساعت دارید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه آفت مکرر دهان داشته‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا سابقه آفت مکرر تناسلی داشته‌اید؟  
 بلی  خیر
- آیا تشخیص روماتیسم مفصلی توسط پزشک داشته‌اید؟  
 بلی  خیر

• آیا سابقه جراحی داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر ○ نمی‌داند تعداد دفعات آن: ..... بار

• آیا سابقه بستری در بیمارستان داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر ○ نمی‌داند تعداد دفعات آن: ..... بار

• آیا سابقه ترانسفیوژن داشته‌اید؟

○ بلی ○ خیر ○ نمی‌داند تعداد دفعات آن: ..... بار

• توضیحات:

.....

.....

.....

### • داروهای مصرفی

مدت مصرف (ماه در سال)	مدت مصرف (هفته در ماه)	مدت مصرف (روز در هفته)	دفعات مصرف	مصرف			نام دارو
				ماه‌بانه	هفتگی	روزانه	
				○	○	○	
				○	○	○	
				○	○	○	
				○	○	○	
				○	○	○	
				○	○	○	

توضیحات: .....

.....

### • سابقه خانوادگی بیماری‌ها

نام بیماری	بلی	خیر	نمی‌داند *	نام بیماری	بلی	خیر	نمی‌داند *
دیابت	○	○	○	سرطان ریه	○	○	○
فشارخون	○	○	○	سرطان مغز و اعصاب مرکزی	○	○	○
بیماری‌های ایسمیک قلب (آنژین / نارسایی)	○	○	○	صرع	○	○	○
سکته قلبی	○	○	○	اختلالات روانپزشکی	○	○	○
سکته مغزی	○	○	○	سردرد مزمن و راجعه	○	○	○
سرطان معده	○	○	○	آلزایمر	○	○	○
سرطان کولورکتال	○	○	○	شکستگی لگن یا فمور	○	○	○
سرطان پستان	○	○	○	سرطان حنجره	○	○	○

سرطان پروستات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان زبان	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان پوست	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان رحم	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان مثانه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سرطان تخمدان	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان سیستم هماتوپوئیتیک	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	لوپوس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سرطان مری	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

توضیحات: .....

.....

**\* کدهای نسبت فامیلی**

۱- پدر	۴- خواهرتنی	۷- پسر	۱۰- همسر
۲- مادر	۵- برادر ناتنی	۸- دختر	۱۱- سایر خویشاوندان خونی درجه دو (عمو، عمه، دایی، خاله، عمو و عمه زاده، خاله و دایی زاده)
۳- برادرتنی	۶- خواهر ناتنی	۹- پدر بزرگ یا مادر بزرگ	

**● عادات فردی (مصرف الکل و دخانیات)**

● آیا شما در طول زندگی تان حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده‌اید؟

بلی  خیر  مطمئن نیستم

● اولین سیگار را در چه سنی شروع کردید؟ (سن به سال)

..... سالگی

● سیگار را بطور منظم از چه سنی شروع کردید؟ (سن به سال)

..... سالگی

● آیا هم اکنون سیگار می‌کشید؟

بلی، روزانه  گاهی اوقات  خیر

● بطور متوسط چند بار در شبانه روز سیگار می‌کشیده یا می‌کشید؟

..... بار

● از چه سنی سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده‌اید؟

..... سالگی

● مصرف سیگار را از زمان آغاز مصرف فہرست نمایید.

بازه زمانی			روز در بازه زمانی	تعداد در روز	نوع سیگار			تاسن	از سن
سال	ماه	هفته			سیگار برگ	سیگار دست‌ساز	سیگار کارخانه‌ای		

● آیا فردی در خانواده تان در دوران کودکی تان سیگار می‌کشیده است؟

بلی  خیر

• آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده / هستید؟

○ بلی ○ خیر ..... ساعت در روز

• چند ساعت در روز در تماس با دود سیگار در محل کارتان هستید؟

○ بلی ○ من در خارج از منزل کار نمی‌کنم ○ تقریباً هرگز (صفر درج گردد) ..... ساعت در روز

• آیا تاکنون ناس، قلبان، چپق یا پیپ استفاده کرده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

بازه زمانی	روز در بازه زمانی	دفعات معمول روزانه	تاسن	ازسن	نوع مصرف
					چپق
					پیپ
					قلبان
					ناس

• آیا تاکنون از مواد مخدر استفاده کرده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

بازه زمانی	روز در بازه زمانی	دفعات معمول مصرف روزانه	** نحوه مصرف	* نوع مخدر	تاسن	ازسن

\* نوع مخدر: ۱-تریاک ۲-هروئین ۳-سوخته ۴-شیره ۵-شیشه ۶-کوکائین ۷-کراک ۸-کریستال ۹-پان ۱۰-سایر  
 \*\* نحوه مصرف: ۱-خوراکی ۲-استنشاقی ۳-تزریقی

• آیا تاکنون از مشروبات الکلی استفاده کرده‌اید؟

○ بلی ○ خیر

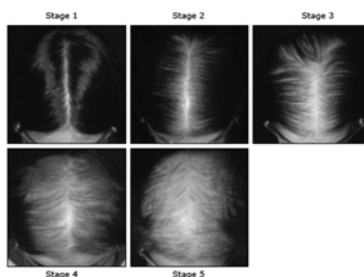
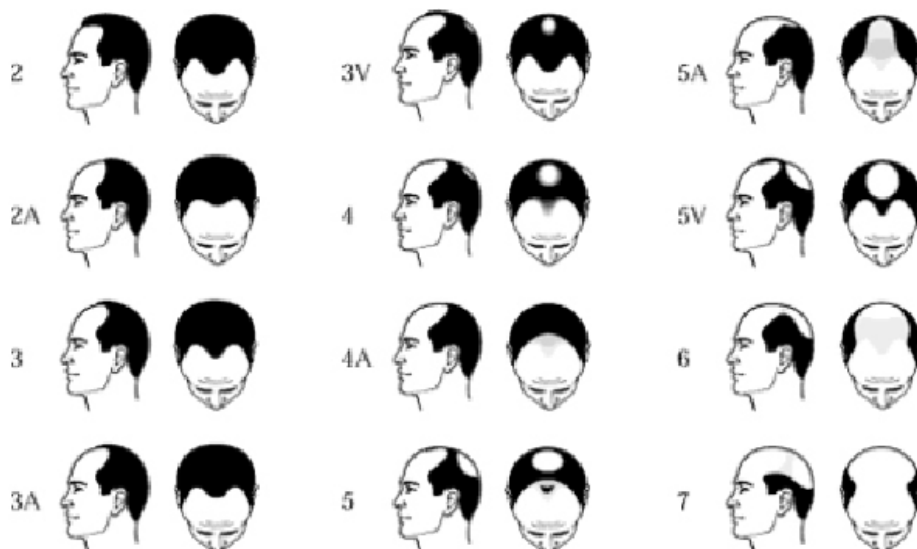
بازه زمانی	تعداد دفعات مصرف در بازه زمانی	متوسط میزان مصرف در هر بار مصرف (CC)	تاسن	ازسن	نوع
					آبجو (۷-۵٪ الکل)
					مشروبات بالکلی < ۴۰٪ (ودکا، ویسکی، جین و غیره)
					مشروبات دست‌ساز
					سایر

## ● معاینه فیزیکی و معلولیت های جسمی

### ● طاسی سر:

○ دارد ○ ندارد

### ● نوع طاسی:



### ● موی زاید صورت (در زنان)

○ دارد ○ ندارد

### ● رنگ عنیبه

○ قهوه ای / میشی ○ عسلی

○ سبز ○ آبی / خاکستری

### ● قطع / فلجی اندام:

○ دارد ○ ندارد

### ● علت:

○ مادرزادی ○ جنگی ○ شغلی / حوادث ○ به علت بیماری - دیابت ○ فلج اطفال

### ● اندام های درگیر

○ فوقانی راست ○ فوقانی چپ ○ تحتانی راست ○ تحتانی چپ ○ انگشت (های) دست ○ انگشت (های) پا ○ چشم ○ گوش

### ● اختلالات ستون فقرات

○ دارد ○ ندارد

### ● نوع:

○ اسکولیوز (کژپشتی) ○ لوردوز (کاوپشتی) ○ کیفوز (گوزپشتی)