

پرسشنامه سوابق پزشکی و دارویی

C. سوابق بیماریهای مزمن

شماره	بیماری	وجود بیماری در گذشته یا حال	مدت بیماری (سال)	سن تشخیص (سال)	تحت درمان یا مراقبت
C1	بیماری دیابت	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C2	افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C3	بیماری ایسکمیک قلبی (شامل سکته قلبی و نارسائی قلبی)	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C4	سکته مغزی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C5	نارسایی کلیه	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C6	نارسایی کبد	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C7	بیماریهای مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C8	بیماری های تیروئید	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C9	بیماریهای روماتیسمی	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
C10	سرطان	<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> ۳- نمی دانم			<input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>

وضعیت مصرف دارو

[نام دارو هایی که فرد در حال حاضر مصرف می کند از روی جعبه دارویی یا ورق دارویی نوشته شود و سوالات تکمیلی در مورد هر دارو پرسیده شود و سپس مشخصات داروی بعدی پرسیده شود.]

نام دارو	دوز مصرفی فعلی (میلی گرم در روز)	تشریح دوز مصرف (در هفته یا ماه)	منبع اخذ اطلاعات	آیا این دارو را پزشک تجویز کرده است؟	آیا این دوز به میزان تجویز شده پزشک است؟
۱-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۲-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۳-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۴-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۵-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۶-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۷-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>
۸-			۱- خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲- خواندن از روی جعبه /ورق دارو <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر، کمتر <input type="checkbox"/> ۳- خیر بیشتر <input type="checkbox"/>

E. معاینه آنتروپومتریک و فشار خون

وزن و قد باید بدون کفش و لباسهای سنگین اندازه گیری شود.

E1- قد به سانتیمتر

E2- وزن به کیلوگرم

E3- دور شکم به سانتیمتر

E4- دور باسن به سانتیمتر

E5- فشار خون ماکزیمم یا سیستولیک بازوی چپ (میلی متر جیوه)

E6- فشار خون مینیمم یا دیاستولیک بازوی چپ (میلی متر جیوه)

آیا آزمایش خون فرد انجام شد؟ ۱- بلی ۲- خیر