

إستمارة مريض جديد

الإسم:

تاريخ الميلاد:

رقم التليفون:

العنوان:

الشكوى الأساسية:

الحالة الإجتماعية:

☐ متزوج

☐ أعزب

هل أنت مدخن؟

☐ نعم

☐ لا

عدد السجائر:

المدة:

التاريخ المرضي:

هل تعاني من؟

☐ ارتفاع ضغط الدم

☐ أمراض القلب

☐ جلطة بالمخ

☐ السكر

☐ أمراض الكلى

☐ جلطة بأوردة الساق

☐ حساسية الصدر

☐ أمراض الغدة الدرقية

☐ أمراض روماتزمية

أمراض أخرى:

الأدوية:

☐ أسبرين

☐ ماريغان

☐ كلكسان

أدوية أخرى؟

حساسية من أدوية

☐ نعم

☐ لا

النوع:

توقيع

التاريخ