



فرم شماره ۱: اطلاعات عمومی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اداره امور بیمارها - معاونت درمان

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:

تاریخ تولد: ارجاعی از پایگاه:

جنسیت: مرد زن

شغل: دولتی آزاد هر دو بیکار

تحصیلات: بی سواد زیر دیپلم دیپلم تحصیلات دانشگاهی

وضعیت تاهل: مجرد متاهل همسر فوت شده متارکه

سوابق بیماری های شخصی:

تاریخ تشخیص دیابت:

نوع ۱ نوع ۲ دیابت حاملگی HTN اختلال چربی خون سرطان

اختلالات تیروئید بیماری تنفسی چاقی و اضافه وزن بیماری کلیه سنگ کلیه کم خونی

بزرگی پروستات واریس میگرن صرع MS هیپاتیت B

هیپاتیت HIV C زخم یا بدنال دیابت مشکل چشم بدنال دیابت مشکل کلیه به علت دیابت

بستری در بیمارستان به علت دیابت سکنه زودرس (مردان کمتر از ۵۵ زنان کمتر از ۶۵ سال)

سایر موارد:

سابقه خانوادگی بیماری (فامیل درجه اول)

بیماری قلبی عروقی سابقه سکنه زودرس (مردان کمتر از ۵۵ زنان کمتر از ۶۵ سال) HTN دیابت

اختلال چربی خون بیماری ژنتیکی سرطان سینه سایر سرطان ها

سایر موارد:

سوابق دارویی:

آیا به داروی خاصی حساسیت دارد نوع داو:

سابقه مصرف دارود دارد نوع دارو:

سابقه مصرف داروی ضدبارداری چندسال:

داروی مصرفی جهت دیابت: انسولین ضدقندخون خوراکی هر دو

سابقه مصرف دخانیات به مدت نوع میزان مصرف روزانه تاریخ ترک

سابقه مصرف مواد مخدر به مدت نوع تاریخ ترک

آدرس: استان شهرستان: خیابان: کد پستی:

تلفن: همراه: Email: