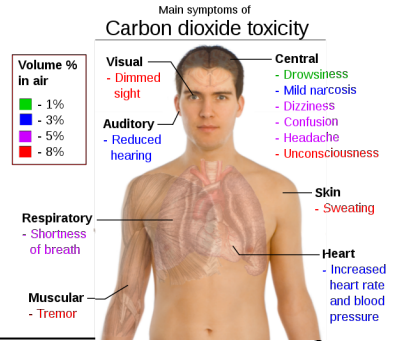




فرم معاینه پزشکی



مشخصات فردی: نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی:
تاریخ تولد: سن: گروه خون: تلفن همراه: تاریخ مراجعه:

۱. آیا سابقه آلرژی و حساسیت های تنفسی و غذایی و یا آسم و حساسیت های فصلی دارید؟

۲. آیا سابقه عفونت های مکرر گوش و یا سینوزیت دارید؟

۳. آیا تا به حال دچار پارگی پرده ی گوش یا ترشحات گوش شده اید؟

۴. آیا سابقه سرگیجه دارید؟

۵. آیا در سفرهای هوایی دچار درد گوش شده اید؟

۶. آیا سابقه خون دماغ دارید؟

۷. آیا تنگی نفس دارید؟

۸. آیا تا به حال شده است که بخاطر تنگی نفس از خواب پریده باشید؟

۹. آیا تپش قلب دارید؟

۱۰. آیا سابقه درد در ناحیه قفسه سینه داشته اید؟

۱۱. آیا سابقه افت فشار (سنکوپ) دارید؟

۱۲. آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام ببرید

نظریه پزشک متخصص گوش و حلق و بینی:

نظریه پزشک متخصص داخلی: