

ضمیمه 1.2

(پاراگراف 1، شماره 3.2 جمله 2)

پرسشنامه برای بررسی تاریخچه پزشکی- بزرگسالان

(لطفا همانطور که مناسب است تیک بزنید و سپس تحویل پزشک بدهید)

جزئیات شخصی از جمله شماره هویت زاب

.....

جنسیت: مرد فردی زن جمعیت خانواده ملیت: باردار: ماه

1. آیا شما بیمار هستید؟ بله... خیر

2. آیا شما درمان می شوید؟ بله... خیر

3. آیا شما در مقابل بیماری واکسینه شده اید؟ بله... خیر

4. آیا شما آزمایش پوستی بخاطر سل انجام داده اید؟ بله... خیر

سل؟ بله... خیر

هیپاتیت؟ بله... خیر

اچ ای وی (ویروس ایدز)؟ بله... خیر

آبله مرغان؟ بله... خیر

سرخک؟ بله... خیر

سرخچه؟ بله... خیر

دیفتری؟ بله... خیر

سیفلیس؟ بله... خیر

سایر بیماریهای منتقل شده از طریق جنسی؟ بله... خیر

حصبه، شبه حصبه؟ بله... خیر

- و با؟ بله... خیر
6. آیا شما درد دارید؟ بله... خیر
- 7 آیا شما تب دارید یا طی شش هفته گذشته تب داشته اید؟ بله... خیر
8. آیا شما سرفه دارید؟ بله... خیر
9. آیا شما تهوع، استفراغ دارید؟ بله... خیر
10. آیا شما شکم درد، یا اسهال دارید؟ بله... خیر
11. آیا شما در مدفوع تان خون دارید؟ بله... خیر
12. آیا وقتی که ادرار می کنید درد دارید؟ بله... خیر
13. آیا شما حساسیت پوستی دارید؟ بله... خیر

.....

شرح پزشک

امضاء

.....

امضاء پزشک

ضمیمه 2.2

(پاراگراف 1 شماره 3.2 جمله 2)

پرسشنامه برای بررسی تاریخچه پزشکی- کودکان

(لطفا همانطور که مناسب است تیک بزنید و سپس تحویل پزشک بدهید)

جزئیات شخصی از جمله شماره هویت زاب تاریخ:

جنسیت: مرد زن ملیت: سن:

1. آیا شما بچه مریض دارید؟ بله... خیر

2. آیا بچه شما درمان می شود؟ بله... خیر

3. آیا بچه شما در مقابل بیماریها واکسینه شده است؟.....بله...خیر
4. آیا بچه شما آزمایش پوستی بخاطر سل انجام داده است؟.....بله...خیر
- سل؟.....بله...خیر
- هیپاتیت؟.....بله...خیر
- آبله مرغان؟.....بله...خیر
- اریون؟.....بله...خیر
- سرخک؟.....بله...خیر
- سرخچه؟.....بله...خیر
- دیفتری؟.....بله...خیر
6. آیا بچه شما درد دارد؟.....بله...خیر
7. آیا بچه شما طب دارد؟.....بله...خیر
8. آیا بچه شما سرفه شدید دارد؟.....بله...خیر
9. آیا بچه شما تهوع، استفراغ دارد؟.....بله...خیر
10. آیا بچه شما شکم درد یا اسهال دارد؟.....بله...خیر
11. آیا بچه شما حساسیت پوستی دارد؟.....بله...خیر

امضاء

شرح پزشک

.....

امضاء پزشک