



نام و نام خانوادگی: سن: جنس: وزن: قد: آدرس: تلفن:

پزشک معالج:

تلفن:

۱- سابقه پزشکی:

آیا هیچ یک از بیماریهای زیر را داشته اید:

- دیابت
- پرکاری تیروئید
- بیماری پاراتیروئید
- کوشینگ (پرکاری غدد فوق کلیوی)
- بیماری کبد (هیپاتیت) مزمن
- نرمی استخوان
- قطع قاعدگی (آمنوره) به مدت بیش از یک سال

۲- سابقه خانوادگی:

آیا مادر یا مادربزرگ خانواده شما هرگز یکی از موارد زیر را داشته اند:

- شکستگی مفصل ران
- شکستگی مچ دست
- گوزپشتی

۳- در صورتی که شکستگی استخوان داشته اید محل شکستگی و سن خود را در آن زمان بنویسید:

۴- آیا بیماری مفصلی دارید: (روماتیسم-آرتروز) بله مدت آن خیر

۵- آیا سیگاری هستید: بله تعداد سیگار در روز و مدت مصرف خیر

۶- آیا الکل مصرف می کنید: بله مقدار مصرف خیر

۷- آیا به طور مرتب ورزش می کنید: بله خیر

۸- آیا به طور مرتب لبنیات (شیر - پنیر - ماست - بستنی) مصرف می کنید: بله خیر

۹- سابقه مصرف کدام یک از داروهای ذکر شده زیر را دارید:

- کلسیم
- کورتون
- داروهای ضد تشنج
- داروهای ضد سرطان
- هیچکدام

۱۰- سابقه سنگ کلیه دارید: بله خیر

این قسمت توسط بانوان تکمیل گردد:

۱۱- تاریخ آخرین قاعدگی اگر یائسه شده اید مدت آن

۱۲- آیا شما از داروهای زیر استفاده کرده اید:

- قرص ضد بارداری بله مدت مصرف آن خیر
- قرص حاوی استروژن بله مدت مصرف آن خیر
- قرص حاوی پروسترون بله مدت مصرف آن خیر

۱۳- سابقه عمل جراحی: برداشتن رحم (هیستروکتومی) عمل برداشتن هر دو تخمدان

توضیحات:

کد وقت:

کد پذیرش:

تاریخ مراجعه:

روز:

ساعت: