

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Past Diseases History: تاریخچه بیماریهای قبلی:

Current Drug Therapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Allergy to: حساسیت به:

Family History: سوابق فامیلی:

Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

Skin: پوست:

SKull: جمجمه:

Ear: گوش:

Please Complete the Reverse Side.

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> چشم:
Nose: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بینی:
Mouth: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دهان:
Throat: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گلو:
Neck: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گردن:
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> غدد لنفاوی:
Chest: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> قفسه سینه:
Breast: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پستان:
Heart: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> قلب:
Lung: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ریه:
Vessels: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> عروق:
Abdomen: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شکم:
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اندام تناسلی (مذکر):
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اندام تناسلی (مؤنث):
Rectum: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مقعد:
Nervous System: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اعصاب:
Extremities: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اندامها (فوقانی، تحتانی):
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> استخوان-مفاصل-عضلات:

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with

SUMMARY:

خلاصه:

Primary DX:

تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician:

امضاء پزشک معاینه کننده: