|  |  |
| --- | --- |
| مشخصات فردی | |
| **نام و نام خانوادگی** |  |
| **جنسیت** |  |
| **سال تولد** |  |
| **تلفن تماس مستقیم** |  |
| **تلفن تماس ضروری نزدیکان** |  |
| **محل سکونت** |  |
| **نوع بیمه** |  |
| **شماره بیمه** |  |
| **کد ملی** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سلامت | | |
| موضوع | **تاریخ آغاز** | **ملاحظات** |
| درد یا سفتی در استخوان و مفصل |  |  |
| مشکلات روده |  |  |
| درد قفسه سینه |  |  |
| احساس سرگیجه یا سبکی سر |  |  |
| سردرد |  |  |
| مشکلات شنوایی |  |  |
| مشکلات بینایی |  |  |
| مشکلات و بی‌اختیاری ادرار |  |  |
| موارد اورژانسی و بستری شدنِ اخیر |  |  |
| تنفس کوتاه |  |  |
| تغییرات پوست و مو |  |  |
| مشکلات مربوط به غدد جنسی |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تغذیه، دارو و سبک زندگی | | | | |
| موضوع | | **تاریخ آغاز** | | **ملاحظات** |
| مصرف نوشیدنی الکلی |  | |  | |
| دخانیات |  | |  | |
| مواد مخدر/روان‌گردان |  | |  | |
| دارو و مکمل |  | |  | |
| کم یا زیاد شدن اشتها |  | |  | |
| شیوه تغذیه/رژیم غذایی خاص |  | |  | |
| تغییرات وزن |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ذهنی و احساسی | | | | |
| موضوع | | **تاریخ آغاز** | | **ملاحظات** |
| احساس تنهایی و گوشه‌گیری |  | |  | |
| احساس اندوه و افسردگی |  | |  | |
| احساس اضطراب و بی‌قراری |  | |  | |
| رابطه صمیمی یا فعالیت جنسی |  | |  | |
| مشکلات حافظه و فکر کردن |  | |  | |
| مشکلات خواب یا تغییر الگوی خواب |  | |  | |
|  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| زندگی روزمره | | | | |
| موضوع | | **تاریخ آغاز** | | **ملاحظات** |
| افتادن، تصادفات و آسیب‌های جسمی |  | |  | |
| فعالیت روزانه |  | |  | |
| رانندگی/جابجایی با وسیله نقلیه/تحرک |  | |  | |
| تمرین ورزشی |  | |  | |
| فعالیت در شبکه‌های اجتماعی |  | |  | |
| شرایط زندگی |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| داروها و مکمل‌های مصرفی | | | | |
| نام دارو | **علت استفاده** | **تاریخ آغاز استفاده** | **دُز و دستور مصرف** | **پزشک تجویزکننده** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |