

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

تغذیه، دارو و سبک زندگی

ملاحظات	تاریخ آغاز	موضوع
		مصرف نوشیدنی الکلی
		دخانیات
		مواد مخدر/روان گردان
		دارو و مکمل
		کم یا زیاد شدن اشتها
		شیوه تغذیه/رژیم غذایی خاص
		تغییرات وزن

ذهنی و احساسی

ملاحظات	تاریخ آغاز	موضوع
		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

ملاحظات	تاریخ آغاز	موضوع
		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

پزشک تجویزکننده	دُز و دستور مصرف	تاریخ آغاز استفاده	علت استفاده	نام دارو