



فرم پذیرش بیمار.....

شماره پرونده :

نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :	کد ملی :
جنس : زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	پزشک معالج	تلفن	شماره شناسنامه :
وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	شغل :	تاریخ تشکیل پرونده :	
سال تشخیص دیابت :	سابقه ابتلا از سال	تاریخ تشکیل پرونده :	
تحصیلات : بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدائی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/>	آدرس منزل :		
آدرس محل کار :			

قد :	وزن :	دور شکم :	BMI
------	-------	-----------	-----

شکایات بیمار (هنگام تشکیل پرونده) :	پرنوشی <input type="checkbox"/>	پرادراری <input type="checkbox"/>	تاری دید <input type="checkbox"/>	کاهش وزن <input type="checkbox"/>	پارستزی <input type="checkbox"/>
زخم پا <input type="checkbox"/>	ناتوانایی جنسی <input type="checkbox"/>	سوزش ادرار <input type="checkbox"/>	عفونت ادرار <input type="checkbox"/>	عفونت ادراری تناسلی <input type="checkbox"/>	عفونت پوستی <input type="checkbox"/>

نحوه تشخیص دیابت :	اتفاقی <input type="checkbox"/>	علائم بالینی <input type="checkbox"/>	وجود عوارض <input type="checkbox"/>	دیابت حاملگی <input type="checkbox"/>
سابقه فامیلی :	پدر <input type="checkbox"/>	مادر <input type="checkbox"/>	برادر <input type="checkbox"/>	خواهر <input type="checkbox"/>
نوع دیابت :	نوع ۱ <input type="checkbox"/>	نوع ۲ <input type="checkbox"/>	Mody <input type="checkbox"/>	GDM <input type="checkbox"/>
عوارض دیابت :	چشمی <input type="checkbox"/>	کلیوی <input type="checkbox"/>	عروقی <input type="checkbox"/>	عصبی <input type="checkbox"/>
			روانپزشکی <input type="checkbox"/>	سایر:

سابقه پزشکی :	فشارخون بالا <input type="checkbox"/>	IHD <input type="checkbox"/>	CVA <input type="checkbox"/>	DKA <input type="checkbox"/>
سابقه بستری در بیمارستان :	در ارتباط با دیابت <input type="checkbox"/>	علت بستری و دفعات آن :		
سابقه مصرف دارو :	(غیر از دیابت) <input type="checkbox"/>	نوع داروی مشخص شده :		
			
			

سابقه اعتیاد :	سیگاری فعلی <input type="checkbox"/>	تعداد نخ در روز:	مدت :
ترک سیگار (سیگاری قبلی) <input type="checkbox"/>	الکل <input type="checkbox"/>	مواد مخدر <input type="checkbox"/>

سابقه درمان دیابت :	رژیم غذایی <input type="checkbox"/>	داروهای خوراکی <input type="checkbox"/>	انسولین <input type="checkbox"/>	سولفونیل اوره <input type="checkbox"/>	بی گوانید <input type="checkbox"/>
نوع انسولین :	ساده <input type="checkbox"/>	NPH <input type="checkbox"/>	آکاربوز <input type="checkbox"/>	پیوگلیتازون <input type="checkbox"/>
سایر موارد :	.....			

وضعیت باروری :	سن شروع قاعدگی :	تعداد زایمان :	تعداد سقط ها :	تعداد مرده زایی :
تعداد فرزندان (زنده) :	سابقه نازایی و مدت آن :	مصرف داروهای جلوگیری از حاملگی :		
سن یائسگی :	سابقه هیسترکتومی :	مصرف داروهای هورمونی بعد از یائسگی :		



مدیریت درمان استان اصفهان
مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

فرم معاینات بدنی (۱)

شماره پرونده :

معاینه چشم :	عیوب انکساری	<input type="checkbox"/>	رتینوپاتی	<input type="checkbox"/>	کاتاراکت	<input type="checkbox"/>	گلوکوم	<input type="checkbox"/>	سایر موارد :	.....	
	MILD	<input type="checkbox"/>	MODERATE	<input type="checkbox"/>	SEVERE	<input type="checkbox"/>	ADVANCE	<input type="checkbox"/>	HIGH RISK	<input type="checkbox"/>	شدت رتینوپاتی	<input type="checkbox"/>
توضیحات :												

معاینه کلیه و مجاری ادراری :	عفونت ادراری	<input type="checkbox"/>	سنگ مجاری ادراری	<input type="checkbox"/>	سایر موارد :	.....
توضیحات :						

معاینه تیروئید :	سابقه کم کاری	<input type="checkbox"/>	سابقه پرکاری	<input type="checkbox"/>	سایر موارد :	.....
توضیحات :						

معاینه قلب و عروق :	فشار خون نشسته	.....	فشار خون ایستاده	.....	تعداد نبض	.....
	سابقه MI	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	سایر موارد :	.....
توضیحات :						

اندام فوقانی :	دفورماسیون	<input type="checkbox"/>	آتروفی عضلانی	<input type="checkbox"/>	محدودیت حرکات مفصلی	<input type="checkbox"/>	اختلال حسی	<input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی	<input type="checkbox"/>	اختلال رفلکس	<input type="checkbox"/>
توضیحات :												
.....												
.....												

اندام تحتانی :	دفورماسیون	<input type="checkbox"/>	آتروفی عضلانی	<input type="checkbox"/>	محدودیت حرکات مفصلی	<input type="checkbox"/>	ضایعات پوستی و زخم پا	<input type="checkbox"/>
	اختلال حرکتی	<input type="checkbox"/>	اختلال حسی	<input type="checkbox"/>	لمس	<input type="checkbox"/>	درد	<input type="checkbox"/>
	حرارت	<input type="checkbox"/>	وضعیت	<input type="checkbox"/>	رفلکس زانو	<input type="checkbox"/>	رفلکس میچ پا	<input type="checkbox"/>
					Dorsal Pedis	<input type="checkbox"/>	Tibial Posterior	<input type="checkbox"/>
نبض :								
توضیحات :								

یافته های مهم در معاینه سایر دستگاهها :

.....
.....
.....