

فرم معاینات بدنی ۲

نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :	شماره پرونده:
سال تشخیص دیابت :	پزشک معالج	تلفن منزل :	
آدرس منزل :			

معاینه چشم

ME	گلوکوم	کاتاراکت	PDR		NPDR			طبیعی	تاریخ
			Adv	H-R	Sever	Mod	Mild		

معاینه کلیه و مجاری ادراری

ادرار ۲۴ ساعته			تاریخ
V	Cr	Alb	

معاینه قلب و عروق

ECG	تعداد نبض	فشارخون ایستاده	فشارخون نشسته	تاریخ

	ET
	اکوکاردیوگرافی
	آنژیوگرافی