



برگ شرح حال و معاینه بدنی

شماره پرونده: Unit No:

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:	Fathers 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 بالینی:

Skin: پوست:

Skull: جمجمه:

Ear: گوش:

please Complete the Revers Side.

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued)

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

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

SUMMARY: خلاصه:

Primary DX: تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician: امضاء و امضاء پزشکی معاینه کننده: