

التاريخ الصحي للمريض  
(الأطفال)

لقب العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الحرف الأول من اسم الأب: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

التاريخ الطبي الشخصي/العائلي: حدد جميع المجالات التي تنطبق عليك أو على والدتك/والدك.

وضوح تاريخ كلٍ من:	نفسك	الأم	الأب	وضوح تاريخ كلٍ من:	نفسك	الأم	الأب
اضطراب نقص الانتباه (ADD)/اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)				الصداع/الصداع النصفي			
إدمان الكحول				قصور في القلب			
فقر الدم				فيروس نقص المناعة البشرية			
التهاب المفاصل				مرض الكلى (كلوي)			
قلق				مشكلات الصحة النفسية			
ارتجاج في المخ/إصابة في الرأس				التهاب رئوي			
اكتئاب				صرع			
السكري				عدوى المكورات العنقودية			
تعاطي المخدرات				مرض الغدة الدرقية			
التهابات الأذن				عدوى المسالك البولية (UTI)			
إكزيما				أخرى:			

أشر إلى تاريخ الجراحات والعلاجات بالمستشفى:

التاريخ	الجراحة/العملية/المستشفى

أشر إلى أي أدوية يتناولها المريض:

اسم الدواء	الجرعة	عدد مرات تناولها يوميًا

بيئة المنزل:

- هل تشعر بالأمان في منزلك؟ نعم  لا
- هل تشعر أن أسرتك لديها ما يكفي من الطعام؟ نعم  لا

للنساء فقط:

- هل جاءتك الدورة الشهرية؟ نعم  لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكري متى بدأت تأتيك؟ \_\_\_\_\_

أجاب عنه: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

التاريخ الصحي للمريض  
(الكبار)

لقب العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الحرف الأول من اسم الأب: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

إذا كنت تتناول الأدوية، فأشر إليها أدناه:

اسم الدواء	الجرعة	عدد مرات تناولها يوميًا

التاريخ الطبي الشخصي/العائلي: حدد جميع المجالات التي تنطبق عليك أو على والدتك/والدك.

وضوح تاريخ كل من:	نفسك	الأم	الأب	وضوح تاريخ كل من:	نفسك	الأم	الأب
اضطراب نقص الانتباه (ADD)/اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)				الارتجاع المعدي المريئي (GERD)/حرقة الفؤاد			
إدمان الكحول				الصداع/الصداع النصفي			
مرض الزهايمر				مرض القلب			
فقر الدم				مرض الكبد/التهاب الكبد			
قلق				ارتفاع مستوى الكوليسترول			
التهاب المفاصل				ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم)			
ربو				فيروس نقص المناعة البشرية			
تجلط الدم				مرض/اضطراب نفسي			
سرطان				السمنة			
الداء الرئوي المُسد المزمن (COPD)				تخلخل العظام			
اكتئاب				مرض الكلى (كُلوي)			
السكري				صرع			
تعاطي المخدرات				حادثة وعائي دماغي (CVA)			
ارتفاع مستوى الشحوم في الدم				مرض الغدة الدرقية			
أمراض المراهقة				أخرى:			

أشر إلى تاريخ الجراحات والعلاجات بالمستشفى:

التاريخ	الجراحة/العملية/المستشفى

هل تتناول الكحول؟ نعم  لا

إذا اعتدت شرب الكحوليات، فمتى توقفت؟

هل تتناول حاليًا أيًا من مخدرات الشارع (مثل الحشيش)؟ نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوعها؟

بيئة المنزل:

هل تشعر بالأمان في منزلك؟ نعم  لا

أجاب عنه: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_