



## پرسشنامه بالینی (۲)

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده	نام و نام خانوادگی پرسشگر	تاریخ پرسشگری

### ● تاریخچه باروری (مختص زنان)

- مجرد (ازدواج نکرده)  بلی  خیر
- آیا تاکنون قاعده شده است؟  بلی  خیر  نمی داند
- سن شروع قاعدگی (به سال): ..... سال  بلی  خیر  نمی داند
- آیا در حال حاضر حامله هستید؟  بلی  خیر  نمی داند
- تعداد حاملگی های قبلی: ..... مورد
- تعداد زایمان های موالید زنده: ..... مورد
- سابقه مرده زایی:  دارد  ندارد
- سن هنگام اولین تولد نوزاد زنده: ..... سالگی
- سن هنگام اولین حاملگی: ..... سالگی
- تعداد سقط: ..... مورد
- سن هنگام اولین سقط: ..... سالگی
- مجموع مدت شیردهی (بر حسب ماه): ..... ماه
- سابقه برداشتن تخمدان:  دارد، یک طرفه  دارد، دو طرفه  ندارد
- سن در زمان برداشتن تخمدان (به سال): ..... سالگی

- سابقه توبکتومی:  دارد  ندارد
- سابقه هیستریکتومی:  دارد  ندارد
- سن در زمان هیستریکتومی (به سال): ..... سالگی
- سابقه نازایی:  دارد  ندارد
- سابقه مصرف داروهای مرتبط با نازایی:  دارد  ندارد
- داروهای ضد بارداری (خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم، ...) مصرف می کرده / می کند؟  
 بلی  خیر
- روش های پیشگیری مورد استفاده (در حال حاضر گذشته) را وارد نمایید.

روش پیشگیری	بلی	خیر	از سن	تا سن	مدت زمان
قرص های پیشگیری از بارداری	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ایمپلنت	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
تزریق پروژسترون طولانی مدت	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
وسایل داخل رحمی (IUD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

- آیا یائسه شده است؟  بلی  خیر
- سن یائسگی (به سال): ..... سالگی
- آیا یائسگی طبیعی بوده است؟  بلی  خیر
- داروهای جایگزین هورمونی (استروژن، پروژسترون) مصرف می کرده / می کند؟  
 بلی  خیر  نمی داند
- داروهای جایگزین هورمونی مورد استفاده در حال حاضر گذشته را وارد نمایید.

نوع داروی مورد استفاده (در صورتی که به خاطر دارید)	از سن	تا سن	مدت زمان استفاده (ماه)

• سابقه غربالگری سرطان پستان یادهانه رحم دارد؟

بلی  خیر  نمی داند

دفعات تست	سن آخرین تست	بلی	نوع غربالگری
		<input type="radio"/>	معاینه پستان توسط پزشک / ماما
		<input type="radio"/>	ماموگرافی
		<input type="radio"/>	پاپ اسمیر

## • بهداشت دهان و دندان

• دفعات مسواک زدن دندان ها:

یک بار در روز  دو بار در روز  سه بار در روز  سایر  مسواک نمی زنم

• معیار DMF

تعداد کل دندان ها: — — — تعداد دندان های پوسیده (D): — — — تعداد دندان های کشیده شده (M): — — — تعداد دندان های پر شده (F): — — —

• آیا ضایعه یا زخمی در دهان وجود دارد؟

بلی  خیر

• آیا از نخ دندان استفاده می کنید؟

بلی  خیر  چند بار در هفته؟ ..... بار

• آیا دندان مصنوعی دارید؟

بلی  خیر  از چه سنی؟ ..... سالگی

• دفعات مسواک زدن دندان مصنوعی:

یک بار در روز  دو بار در روز  سه بار در روز  سایر  مسواک نمی زنم

• آیا از دهان شویه استفاده می کنید؟

بلی  خیر  چند بار در هفته؟ ..... بار

## • اندازه گیری فشار خون

بادوبار اندازه گیری تأیید شود (بر حسب میلیمتر جیوه)

• بازوی راست:

۱- دیاستولیک: — — — سیستولیک: — — — ۲- دیاستولیک: — — — سیستولیک: — — —

• بازوی چپ:

۱- دیاستولیک: — — — سیستولیک: — — — ۲- دیاستولیک: — — — سیستولیک: — — —

• تعداد ضربان قلب در حالت استراحت: (یک دقیقه)

۱- — — — ۲- — — —

