



الاسم : _____ اسم الأب : _____

الرقم الوطني : _____ تاريخ الميلاد : _____ المحافظة : _____

ما هي حالتك المرضية التي تستدعي زيارتنا؟

السوابق المرضية الداخلية

هل تعاني من الداء السكري؟ نعم لا

هل تعاني من ارتفاع الضغط؟ نعم لا

هل تعاني من مرض الكلية؟ نعم لا

السوابق الجراحية

القصة العائلية

الداء السكري؟ نعم لا

مرض الكلية؟ نعم لا

ارتفاع الضغط؟ نعم لا

هل استعملت أدوية ألم مفاصل أو مسكنات مثل الپروفين؟ نعم لا

هل استعملت أدوية حماية المعدة مثل الأوميپرازول؟ نعم لا