

مشخصات بیمار	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
تاریخ نمونه گیری: ..... / ..... / .....	شماره تلفن:
سن:	قد:
وزن:	پزشک معالج:
آدرس:	
اطلاعات ضروری	
آیا داروی هورمونی مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نام داروی مصرفی:	
سابقه استعمال دخانیات دارید؟ (نوع و مدت زمان استفاده):	
سابقه پرتو درمانی / شیمی درمانی دارید؟	
آیا سابقه جراحی تخمدان یا سابقه کیست دارید؟	
آیا عادت ماهانه منظم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
تاریخ شروع آخرین پریود: ..... / ..... / .....	
امضاء	