

مشخصات بیمار	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
تاریخ نمونه برداری: / /	شماره تلفن:
سن:	وضعیت تاهل:
شغل:	ملیت:
آدرس:	
(HX) علائم بالینی فعلی و سابقه بیماری	
<input type="checkbox"/> هموپتزی <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> خلط	
<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> کاهش اشتها <input type="checkbox"/> تعریق شبانه <input type="checkbox"/> تنگی نفس	
(PHM) سابقه قبلی بیماری‌ها:	سابقه سفرهای خارجی:
(FH) سابقه خانوادگی:	(SH) سابقه اجتماعی:
سابقه استعمال الکل:	سابقه پیوند عضو:
سابقه استعمال دخانیات (نوع و مدت زمان استفاده):	
PPD:	Imagine:
تاریخ نمونه‌گیری:	شماره نمونه:
نتیجه کشت:	نتیجه لام مستقیم:
سابقه درمان قبلی با سل:	(DH) سابقه دارویی:
بیماری‌های دیگر	
<input type="checkbox"/> سرطان‌ها <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> هیپاتیت <input type="checkbox"/> بیماری‌های اعصاب و روان	
<input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> بیماری‌های ژنتیکی <input type="checkbox"/> بیماری‌های متابولیسمی و گوارشی	
تذکرات:	مهر و امضاء

تهران، خیابان شریعتی، بالاتر از میرداماد، خیابان منظرنژاد، پلاک

۵۳، طبقه اول تلفن ۰۲۱-۴۵۴۲۳