


نام بیمار:	نام پدر:	شماره پذیرش:	نسبت خانوادگی والدین:
جنسیت:	سن:	سن شروع علائم بیماری:	تاریخ مراجعه به آزمایشگاه:
شماره تلفن ثابت:	شماره موبایل:	آدرس منزل:	
تاخیر حرکتی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	مشکل تنفسی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
استفراغ:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	امتناع از غذا خوردن:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
سکسکه:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	مشکلات ماهیچه ای:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
عدم وزن گیری مناسب:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	حرکات غیر طبیعی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
بوی غیر طبیعی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	عدم رشد و نمو:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
فلج:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	مشکلات بینایی یا شنوایی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>
عقب ماندگی ذهنی:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>	مشکل تکلم:	دائمی <input type="radio"/> مقطعی <input type="radio"/>

تشنج:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	تورم اعضای داخلی (کبد، طحال و...) <input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
کما:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	سابقه مرگ زودرس در خانواده:
آزمایشاتی که بیمار تاکنون انجام داده است:		
داروهای مورد استفاده:		
نوع رژیم غذایی و دارویی و توضیحات:		

کولایف

آزمایشگاه های یکپارچه پزشکی

شماره:	فرم شرح حال	 آزمایشگاه های یکپارچه پزشکی
تاریخ:	(بررسی اسید های ارگانیک ادراری)	



کولایف

آزمایشگاه های یکپارچه پزشکی