

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

No of Hosp.: دفعات بستری:		دیابت قندی DIABETES MELITUS		Unit No: شماره پرونده:																																																																																					
Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:																																																																																					
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:																																																																																					
Address: محل اقامت:		Occupation: شغل:		Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد																																																																																					
				Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث																																																																																					
Chief Complaint: علت مراجعه:		Age of Onset: سن شروع بیماری:		First Manifest: اولین تظاهر بیماری:																																																																																					
History: سابقه:																																																																																									
<table><tr><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">عفونت ادراری</td><td colspan="2">پای دیابتی</td><td colspan="2">سکته قلبی</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">سنگهای ادراری</td><td colspan="2">سابقه جراحی</td><td colspan="2">حوادث عروقی مغز</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">نفروپاتی دیابتی</td><td colspan="2">بیماریهای عفونی شدید</td><td colspan="2">بیماریهای عروقی محیطی</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">بیماریهای سیستم صفراوی</td><td colspan="2">کتواسیدوز دیابتی</td><td colspan="2">فشار خون بالا</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">هیپوگلیسمی</td><td colspan="2">کمای هیپراسمولار</td><td colspan="2">چربی خون بالا</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">بیماریهای ویروسی خاص</td><td colspan="2">مشکلات چشمی</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>						ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عفونت ادراری		پای دیابتی		سکته قلبی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سنگهای ادراری		سابقه جراحی		حوادث عروقی مغز		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نفروپاتی دیابتی		بیماریهای عفونی شدید		بیماریهای عروقی محیطی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای سیستم صفراوی		کتواسیدوز دیابتی		فشار خون بالا		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپوگلیسمی		کمای هیپراسمولار		چربی خون بالا		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			بیماریهای ویروسی خاص		مشکلات چشمی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
عفونت ادراری		پای دیابتی		سکته قلبی																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
سنگهای ادراری		سابقه جراحی		حوادث عروقی مغز																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
نفروپاتی دیابتی		بیماریهای عفونی شدید		بیماریهای عروقی محیطی																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
بیماریهای سیستم صفراوی		کتواسیدوز دیابتی		فشار خون بالا																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
هیپوگلیسمی		کمای هیپراسمولار		چربی خون بالا																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
		بیماریهای ویروسی خاص		مشکلات چشمی																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Pervious deliveries: - سابقه زایمانها:																																																																																									
<table><tr><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">مالفورماسیون در نوزاد</td><td colspan="2">سابقه نوزاد ماکروزم</td><td colspan="2">سابقه دیابت حاملگی</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">مرگ جنین در داخل رحم</td><td colspan="2">مرگ جنین</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>						ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مالفورماسیون در نوزاد		سابقه نوزاد ماکروزم		سابقه دیابت حاملگی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			مرگ جنین در داخل رحم		مرگ جنین		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
مالفورماسیون در نوزاد		سابقه نوزاد ماکروزم		سابقه دیابت حاملگی																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
		مرگ جنین در داخل رحم		مرگ جنین																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Family history: - سابقه فامیلی:																																																																																									
<table><tr><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">سابقه فشار خون بالا در فامیل</td><td colspan="2">سابقه دیابت در فامیل</td><td colspan="2">نسبت فامیلی پدر و مادر</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">سابقه حوادث عروقی مغز در فامیل</td><td colspan="2">سابقه چربی بالا در فامیل</td><td colspan="2">نسبت فامیلی با همسر</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">سابقه سکته قلبی در فامیل</td><td colspan="2">سابقه دیابت در فرزندان</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">سابقه بیماریهای عروقی محیطی در فامیل</td><td colspan="2">سابقه دیابت در والدین</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>						ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه فشار خون بالا در فامیل		سابقه دیابت در فامیل		نسبت فامیلی پدر و مادر		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه حوادث عروقی مغز در فامیل		سابقه چربی بالا در فامیل		نسبت فامیلی با همسر		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			سابقه سکته قلبی در فامیل		سابقه دیابت در فرزندان		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			سابقه بیماریهای عروقی محیطی در فامیل		سابقه دیابت در والدین		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
سابقه فشار خون بالا در فامیل		سابقه دیابت در فامیل		نسبت فامیلی پدر و مادر																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
سابقه حوادث عروقی مغز در فامیل		سابقه چربی بالا در فامیل		نسبت فامیلی با همسر																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
		سابقه سکته قلبی در فامیل		سابقه دیابت در فرزندان																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
		سابقه بیماریهای عروقی محیطی در فامیل		سابقه دیابت در والدین																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Habits: - عادات:																																																																																									
<table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">ندارد</td><td colspan="2">دارد</td></tr><tr><td colspan="2">ورزش</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">مدت هر بار</td><td colspan="2">نوبت در هفته</td><td colspan="2">نوع ورزش</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">مصرف سیگار</td><td colspan="2">مدت مصرف</td><td colspan="2">تعداد در روز</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">سایر اعتیادات</td><td colspan="2">توضیح</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">مصرف الکل</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr></table>								ندارد		دارد		ورزش		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		مدت هر بار		نوبت در هفته		نوع ورزش		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		مصرف سیگار		مدت مصرف		تعداد در روز		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		سایر اعتیادات		توضیح		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		مصرف الکل				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																									
		ندارد		دارد																																																																																					
ورزش		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																					
مدت هر بار		نوبت در هفته		نوع ورزش																																																																																					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																					
مصرف سیگار		مدت مصرف		تعداد در روز																																																																																					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																					
سایر اعتیادات		توضیح		<input type="checkbox"/>																																																																																					
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																					
مصرف الکل				<input type="checkbox"/>																																																																																					
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																					

- سابقہ دارویی:

داروهای خوراکی کاهنده قند خون

ردیف	نوع دارو	دوز مصرفی	مدت مصرف (سال)	نوع انسولین	دوز مصرفی	مدت مصرف
۱						
۲						
۳						

- سایر داروها:

ردیف	نوع دارو	دوز مصرف	مدت مصرف (سال)	نوع انسولین	دوز مصرفی	مدت مصرف
۱						
۲						
۳						

- علایم:

دارد		ندارد		دارد		ندارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش اشتها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پرنوشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	افزایش اشتها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پراداراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیسفاژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شب ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تکرر ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسهال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوزش ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یبوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درد پهلوها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درد و سوزش اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impotence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش تعریق اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrograde ejaculation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بی حسی و خواب رفتگی اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش لیبدو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرگیجه هنگام ایستادن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آمنوره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بی اختیاری ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الیگومنوره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بی اختیاری مدفوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نازایی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- نشانه ها:

دارد		ندارد		دارد		ندارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضایعات قارچی پوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ادم اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scleroderma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Contracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آتروفی بافت چربی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منونروپاتی کرانیال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shin Spot پوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منونروپاتی محیطی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actinomyces Nigricans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش رفلکس های وتری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زخم اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلال حسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خشکی پوست اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ریزش موی اندامها و تغییرات ناخن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاتاراکت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saddle anesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رتینوپاتی Background	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش قدرت نبض اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proliferative رتینوپاتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گانگرن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضایعات تاولی پوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necrobiosis Lipoidica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.S:								- علایم حیاتی:																							
Body mass index:				Waist to hip ratio:				قد:				درجه حرارت:				نبض:				فشار خون:											
								وزن				تعداد تنفس:				خوابیده:				خوابیده:											
												ایستاده:				ایستاده:															
Other diseases:																- بیماریهای همراه:															
ندارد				دارد				ندارد				دارد				ندارد				دارد											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alopecia				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				کم کاری پاراتیروئید				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				کم کاری تیروئید											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Malabsorption				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				هیپوگنادیسم				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				پرکاری تیروئید											
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Candidiasis				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Vitiligo				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				کم کاری آدرنال											
Examinations:																- آزمایش ها:															
																پروفایل قند خون:															
				قبل از بستری				حین بستری								زمان ترخیص															
FBS (mg/dl)								۱		۲		۳		۴		۵															
BS(2hpm) (mg/dl)																															
BS(4h pm) (mg/dl)																															
BS (10 pm) (mg/dl)																															
Other Examinations:																- سایر آزمایشها:															
Other Examinations:								قبل از بستری				حین بستری				زمان ترخیص															
BUN																															
Cr																															
U/A																															
SG																															
PH																															
KETON																															
FLU.																															
RBC																															
WBC																															
CAST																															
CBC																															
Hb																															
Hct																															
WBC																															
PLT																															
ESR																															
								نرمال								نرمال															
ALPH								()				TG				()															
Na								()				Chol				()															
K								()				HDL-Ch				()															
Ca ++								()				LDL-Ch				()															
Phosphor								()				SGOT				()															
HbA1c								()				SGPT				()															

Drugs used:

- درمان حین بستری:

سایر داروها		انسولین		داروهای خوراکی کاهنده قند خون		دارو
۲	۱	۲	۱	۲	۱	
						نوع دارو
						دوز مصرفی

Drugs used after discharge:

- پس از ترخیص:

دارو		داروهای خوراکی کاهنده قند خون		انسولین		سایر داروها	
۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
نوع دارو							
دوز مصرفی							

Recommendation after discharge:

- توصیه های پس از ترخیص:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

امضای فلو:

نام و نام خانوادگی انترن:

امضای استاد:

نام و نام خانوادگی رزیدنت:

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐