

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences
Medical Center:

دانشگاه علوم پزشکی:
مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شرح حال شنوایی سنجی
AUDIOMETRY MEDICAL HISTORY

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Time : ساعت:		Bed: تخت:		
Work place: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مرد F <input type="checkbox"/> زن
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن:				
Chief Complaint: علت مراجعه و ناراحتی بیمار:				
Using drugs: داروهای در حال مصرف:				
Allergy to: سابقه حساسیت به: Others : <input type="checkbox"/> سایر Food & Drugs: <input type="checkbox"/> غذا و دارو: Local anesthesia: <input type="checkbox"/> بی حسی موضعی: Peniciline: <input type="checkbox"/> پنی سیلین:				
Past operations: سابقه اعمال جراحی:		History of trauma to skull: سابقه ترومای جمجمه:		
Disease history: سابقه بیماری:				
<input type="checkbox"/> هپاتیت و نارسایی کبدی hepatitis & hepatic failure	<input type="checkbox"/> نارسایی کلیوی renal failure	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی (روماتیسم قلبی) cardiac disease	<input type="checkbox"/> فشار خون غیرطبیعی hypertension	
<input type="checkbox"/> بیماری تنفسی respiratory disease	<input type="checkbox"/> کم خونی anemia	<input type="checkbox"/> بیماری مقاربتی venereal disease	<input type="checkbox"/> سل tuberculosis	<input type="checkbox"/> خونریزی ممتد در اثر بریدگی contious bleeding
Other remarks: سایر توضیحات:				
Chief of Admission: مسئول پذیرش:	Chief of service: مسئول بخش:	Resident: رزیدنت:	attending Phy.: پزشک معالج:	

شرح حال شنوایی سنجی