

سابقه پزشکی
اداره سلامت دانشجویی دانشگاه آیوا

اداره سلامت دانشجویی دانشگاه آیوا این اطلاعات محرمانه را به منظور ارائه خدمات به بیماران درخواست می کند. این اطلاعات بدون اطلاع بیمار و رضایت کتبی وی به طور عادی در اختیار اشخاص خارج از سرویس بهداشتی و درمانی دانشجویان قرار داده نمی شود. به منظور سهولت در ارائه خدمات مناسب به بیماران، پاسخ به همه آیتم ها الزامی است.

بازرسی

A. اطلاعات شخصی..... ☐ مذکر ☐ مونث ☐ دوجنسیتی شماره شناسه دانشجویی # _____ نام: _____

(نام خانوادگی) (نام) (نام وسط) آدرس: _____

(شماره، خیابان یا صندوق پستی) (شهر) (ایالت) (کدپستی) : _____

شخصی که در مواقع ضروری با وی تماس گرفته شود: _____

(نام خانوادگی) (نام) (ادرس) (تلفن) نام دلخواه، در صورتی که با نام بالا تفاوت دارد: _____

B. سابقه پزشکی خانوادگی/شخصی آیا شما یا یکی از اعضای خانواده درجه اول تان به یکی از موارد زیر مبتلا است؟ (خانواده درجه اول: پدر، مادر، برادر، خواهر) به هر آیتم پاسخ دهید. برای آیتم های دارای علامت "Y" نظرات خود را در قسمت D وارد کنید

نسبت	شما		خانواده		نسبت	شما		خانواده	
	بله	خیر	بله	خیر		بله	خیر	بله	خیر
الکل/موارد مخدر					بیماری ارثی				
آلرژی					فشار خون بالا				
ارتروز مفصل (بیماری/آسیب وارده به مفصل ها)					کلسترول بالا				
آسم					یرقان یا هیپاتیت				
سرطان					بیماری کلیوی				
دیابت					وضعیت روانی				
مشکلات گوش، حلق و بینی					اختلال حمله ناگهانی				
اختلالات بینایی (به غیر از عینک و لنز)					عفونت منتقل شده از طریق ارتباطات جنسی				
آسیب به سر					مشکلات روده ای و معده ای				
مشکلات/بیماری قلبی					سکته				
هموفیلی					موارد دیگر				

آیا تا به حال در بیمارستان بستری شده اید یا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ اگر چنین است، لطفاً مشخص کنید آیا تاکنون برای وضعیت سلامت روانی تحت درمان قرار گرفته اید؟ (لطفاً مشخص کنید) هر گونه دارویی که در حال حاضر مصرف می کنید را در اینجا ذکر کنید:

هر چیزی که به آن آلرژی دارید را در اینجا ذکر کنید: داروها (نوع عکس العملی که در برابر آن داشتید) آلرژی محیطی یا غذایی:

C. سابقه اجتماعی

- آیا از دخانیات استفاده می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورتی که جواب شما مثبت است، مشخص کنید که به چه میزان و چه مدت است که از دخانیات استفاده می کنید؟)
 - آیا از مشروبات الکلی استفاده می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورتی که جواب شما مثبت است، مشخص کنید که به چه میزان و چه مدت است که از مشروبات الکلی استفاده می کنید؟)
 - آیا ورزش می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورتی که جواب شما مثبت است، چه نوع ورزشی و چه مدتی؟)
 - آیا مشکل وزنی یا تغذیه دارید؟
 - آیا در انجام فعالیت های روزانه خود به کمک نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورتی که جواب شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید)
 - آیا در درک زبان انگلیسی با مشکل مواجه هستید؟ ☐ بله ☐ خیر زبان اول شما چیست؟
 - آیا شرایط خاصی دارید که بر توانایی شما در درک و یادگیری مسائل بهداشتی تأثیر می گذارد؟
 - اگر به یک مترجم یا هر کمک ارتباطی دیگری نیاز دارید، لطفاً به مسئول برنامه ریزی هنگام برنامه ریزی قرار خود اطلاع دهید.
 - در صورت داشتن هر گونه دستور ادامه حیات، مانند وصیتنامه زندگی، لطفاً یک کپی از آن را با این فرم ارسال کنید.
- D. نظرات:** از اینجا برای ارائه نظرات خود درباره قسمت B و برای هر گونه اطلاعات تکمیلی دیگری که فکر می کنید ما باید بدانیم استفاده کنید.

E. تأیید:

تاریخ

امضای دانشجو

ارسال این فرم به: The University of Iowa, Student Health Service, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 یا به شماره 319-335-7247 فکس کنید