

المركز الكندي للطب البديل

العنوان 5468 Dundas Street West, Suite 101

Toronto Ontario Canada M9B 6E3

التليفون: 416-207- 0207 الفاكس: 416-207- 0272

الموقع www.inaturopath.ca



النسخة 2019

إستمارة طبية ذات سرية عالية بعد توقيعها و استلامها.

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الاستمارة رئيس العيادة الدكتور فاتح سراج الدين خصيصاً للمتكلمين بلغة الضاد في شمال أمريكا كي تساعدكم في شرح الحالة أو الحالات المرضية التي دعتم لطلب الكشف الطبي. فنرجو منكم قراءة جميع الأسئلة ثم الإجابة عليها بقدر عال من الدقة و التركيز. إن إجاباتكم ستساعدنا بالكشف على حالتكم و تشخيصها بصورة دقيقة حتى نستطيع أن نصف الدواء و العلاجات التي تتناسب و حالتكم الصحية والأعراض التي تعاني منها. إن أفراد الطاقم الطبي في عيادتنا والدكتور فاتح سيقبلون معالجتكم إذا شعروا بأنكم ستقومون بتنفيذ جميع التعليمات المتعلقة ① بالعلاجات و ② الأدوية و ③ نظام التغذية و كل ما يراه الدكتور ضرورياً للشفاء بأقرب فرصة إنشاء الله. و شكراً.

(*) يجب إملاء جميع الفراغات ويجب توقيع القسيمة وكتابة التاريخ الحالي قبل الحضور إلى العيادة من فضلك.

معلومات شخصية ضرورية جداً

* الاسم: _____ , اسم الوالد: _____ , * الكنية: _____
* تاريخ الميلاد: _____ اليوم _____ الشهر _____ السنة _____ , ذكر أم أنثى , الطول: _____ , * الوزن: _____
* نوع العمل: _____ , اسم شركة العمل: _____
* هاتف العمل: _____ , * هاتف المنزل: _____
* الجوال: _____ , * الفاكس: _____
* البريد الإلكتروني: _____
* العنوان _____ , * المدينة _____ , * الدولة _____
* تاريخ بدء الحالة المرضية: _____ , اسم الطبيب الذي أشرف على العلاج: _____
هل انتهت العلاجات: نعم انتهت أم لأم تنتهي , هل أعطى العلاج أي نتيجة.. إشرح من فضلك..?
* لقد عالجتني الأطباء في الماضي للأعراض التالية: _____
* أما حالياً فإني أعاني من الأمراض التالية و أرغب في علاجها: _____

أفراد عائلتي الذين يعانون من نفس الأمراض: الوالد؛ الوالدة؛ أحد أخواني؛ إحدى أخواتي؛ أحد أولادي؛ إحدى بناتي؛ زوجي
إنني حالياً: أعزب/ عذباء؛ متزوج/ متزوجة؛ مطلق/ مطلقة؛ أرمل / أرملة؛
عدد أولادي: _____ , (_____ ذكور , _____ إناث) عدد إخوتي الذين يكبرونني _____ , عدد أخواتي اللاتي يكبرنني _____
عدد إخوتي الذين يصغرونني _____ , عدد أخواتي اللاتي يصغرنني _____

معلومات عن زوجي

(إن كان المريض طفلاً فمعلومات الوالدين)

الاسم: _____ , اسم الوالد: _____ , الكنية: _____
تاريخ الميلاد: _____ , العمل: _____ , هاتف العمل: _____

بمن نستطيع أن نتصل في حالة الضرورة ؟

* الاسم: _____ , الوالد: _____ , الكنية: _____ , صلة القرابة أو المعرفة: _____
* هاتف المنزل: _____ , * هاتف العمل: _____ , * الجوال: _____

أعلمنا من يستحق أن نرسل له بطاقة شكر لأنه عرفك على عيادتنا ؟

* الاسم: _____ , اسم الوالد: _____ , الكنية: _____ , الهاتف: _____

العنوان: _____

زوارنا الكرام

إن وقت الفحص و التشخيص قد يزيد عن الساعة، بعد ذلك سيقوم الطبيب بشرح و ترتيب نظام التغذية الذي يتناسب مع زمر دمك و مع الأعراض التي تشتكي منها ومع نتيجة الفحص الطبي الذي أجراه الطبيب. إن هذا قد يطول حوالي الساعة أيضاً.

بالنسبة للرجال لن يقوم الطبيب بإجراء أي فحص داخلي كفحص غدة الموثة (البروستات) خلال الزيارة الأولى. أما إذا استدعت حالتك المرضية هذا الفحص خلال الزيارة الأولى فيجب عليك أن تجيب على سؤال غدة الموثة، بنعم في الصفحة الرابعة في الأسئلة المخصصة للرجال فقط ثم أن تضع توقيعك تحت الجواب. بالنسبة للنساء لن يقوم الطبيب بإجراء أي فحص نسائي داخلي كفحص الأتداء أو الرحم أو المهبل خلال الزيارة الأولى. أما إذا استدعت حالتك المرضية هذا الفحص خلال الزيارة الأولى فيجب عليك أن تجيب على سؤال الفحص النسائي الداخلي بنعم في الصفحة الرابعة في الأسئلة المخصصة للنساء و تضعي توقيعك تحت الجواب حتى يرتب لتواجد إحدى الممرضات أثناء الفحص.

الرجاء أن تحضر معك في يوم الفحص جميع نتائج الفحوصات الطبية و فحص الدم و نتيجة صور الأشعة و تاريخ العمليات التي أجريت لك و كل ما قد يتعلق بصحتك. بالنسبة للمقيمين في المملكة العربية السعودية يجب أن نلفت انتباهكم أن بعض شركات التأمين قد لا تغطي هذا الفحص أو العلاجات و لكن قد تغطي هذا الفحص و العلاجات شركة التأمين في مكان عملك أو عمل زوجك ففي هذه الحالة فإننا سنعطيك وصلاً بقيمة الدفع، و عليك أن تتصل بشركة التأمين مباشرة للتبويض إذ أننا لا نتعامل مع شركات التأمين مباشرة.

إختيار ✓	اسم الفحص	سعر العلاج	شرح
	قيمة الفحص الأول الكامل (تقريباً ساعتين) هي	\$200	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانبيها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (لفترة نصف ساعة للبالغين) هي	\$85	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانبيها.
	قيمة الفحص الأول للأطفال دون 16 سنة (تقريباً ساعتين) هي	\$175	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانبيها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (لفترة نصف ساعة للأطفال) هي	\$65	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانبيها.
المغذيات الوريديّة			
	قيمة كل مغذي وريدي كامل تقريباً	\$250	يضاف إليها ضرائب مقاطعة أونتاريو.
	كل 50 مليلتر زيادة لمادة فيتامين C 500 mg في حالات الأمراض المستعصية	\$35	يضاف إليها ضرائب مقاطعة أونتاريو.

إن القاتون الكندي يتطلب من كل مريض أن يوقع في أسفل هذه الصفحة إذا كان موافقاً على جميع النقاط التالية:

- لقد قرأت المعلومات المكتوبة أعلاه و فهمت محتواها و ليس عندي أي اعتراض عليها
- أنا موافق على الكشف الطبي كما يراه الدكتور فاتح سراج الدين لحالتي المرضية
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح هو طبيب بالطب البديل و خريج جامعة الطب البديل في تورونتو أونتاريو في كندا
- و أعلم أن علاجه هو علاج طبيعي يتقيد بقوانين الطب البديل كما هو متعارف عليه في مقاطعة أونتاريو في كندا.
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح ليس طبيب بالطب العادي الكلاسيكي المتعارف عليه وأن علاجه لا يتداخل مع طبيعة العلاج الطبي الكلاسيكي
- أنا أعلم أيضاً أن ما من شيء يقيدني من طلب العلاج من أي طبيب في أي اختصاص آخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح
- إن تطبقي لعلاج الدكتور فاتح هو باختيارى الصريف

لقد قرأت و فهمت النقاط كلها و سأسد أيضاً الرسوم المترتبة علي فيما يتعلق بثمان العلاجات و المغذيات و الأدوية عند كل زيارة. و سوف أجب على جميع الأسئلة المتعلقة بصحتي و الأعراض التي أشكو منها حالياً و التي أصابتنى و كنت قد عانيت منها في السابق بصورة دقيقة و مركزة إلى أقصى ما تستطيع عليه ذاكرتي.

* التاريخ: _____ . الوقت: _____ . * التوقيع: _____ .

طريقة إملاء الأسئلة في القسيمة التالية:

فيما يلي بعض النقاط التي تساعدك على إملاء القسيمة الطبية التالية بطريقة صحيحة بحيث تعطينا فكرة واضحة عن الأعراض التي تريد علاجها و شدة الألم الذي تشعر به و تكرار هذه الآلام في فترة زمنية معينة. ونحن نستعمل طريقتين للإجابة على الأسئلة.

الأولى بإختيار واحد من الأجوبة التالية الطريقة الأولى هي **دائماً** أو **تكرراً** أو **نادراً**

دائماً : يعني أن العارض المذكور يستمر لفترة طويلة من اليوم أو الليل أو كلاهما معاً

تكرراً : يعني أن العارض المذكور يعاود كل يومين أو كل أسبوع أو كل شهر

نادراً : يعني أن العارض المذكور يعاود كل عدد من الأشهر

و الطريقة الثانية هي التعبير عن شدة العارض **بالأرقام** حيث تدل الأرقام من (1 إلى 3) على عارض خفيف و تدل الأرقام من (4 إلى 7) إلى عارض متوسط الشدة و تدل الأرقام من (8 إلى 10) إلى عارض شديد جداً ناهيك عن فترة حدوثه

الجهاز الهضمي

دائماً تكرراً نادراً رقماً

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④	غثيان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	⑨	امسك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		اسهال
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨	غازات معوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		خمول بعد الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تنفخ البطن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		عسر هضم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	⑦	حموضة معدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تجشؤ بعد الأكل
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③	تجشؤ أثناء الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تجشؤ بدون الأكل

الرجاء قراءة الأعراض التالية التي قد تعاني منها الآن أو التي قد كنت تعاني منها في الماضي , الرجاء وضع إشارة في المربع الذي يتوافق مع استمرار هذا العارض إن كان دائماً أو متكرراً أو نادراً و عدم الإجابة إذا لم يكن لك أي أعراض من العارض المذكور. ثم ضع رقماً من 1-10 بحيث يدل على شدة العارض إذ أن الرقم (1) هو عارض خفيف جداً و (10) عارض شديد جداً و شكراً.

معلومات عامه

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فقر دم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعرق شديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سمنة زائدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالحُمى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رعشة مستمرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض نوبة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالبرودة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالسخونة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالإرهاق والتعب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ذؤب حمامي Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انخفاض وزن مفاجئ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صعوبة خفض الوزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رعاف من الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كثرة الوحيدات الخمجية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أمراض سخونة و برد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

جهاز التنفس

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سعال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام بالصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أزيز رئوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بلغم مع دم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سعال مزمن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض الربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب القصبات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض الخناق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صعوبة بالتنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خرخرة رئوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض ذات الجنب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض ذات الرئة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب رئوي حاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بضيق الصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض نفاخ الرئة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تدخين عدد باليوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الحلق

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تضخم اللوز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلم في الحلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة في الحلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب في اللوز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب في الحلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقرحات في الحلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تغيير نبرة الصوت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بلغم في الحلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلم أثناء البلع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

العين

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقيح بالعين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة بالعين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
احمرار بالعين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دموع بالعين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام فوق الحاجبين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب جفن العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف في البصر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تفتح تحت العينين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زرقي في العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الجهاز الهضمي

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غثيان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امساك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسهال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غازات معوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خمول بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنفخ البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عسر هضم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حموضة معدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تجشؤ بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تجشؤ أثناء الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تجشؤ بدون الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور دائم بالجوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدم الشعور بالجوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مغص معوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رائحة في الفم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قرحة بالمعدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قرحة بالأمعاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقي دم أسود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقي قسري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام فوق المعدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام في المرارة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام في الكبد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلم في الأمعاء الدقيقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلم الكولون العصبي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب الرتج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب كولون تقرحي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب في الأمعاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نزيف دم أحمر شرجي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نزيف دم أسود شرجي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة شرجية في الليل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ديدان بيضاء في البراز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ديدان صغيرة في البراز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سليقة في الأمعاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فتات طعام في البراز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بواسير في الشرج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدم السيطرة على البراز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسهال بعد أكل الدهون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الجهاز البولي

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تبول كثير	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بول أسود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دم في البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقيح في البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حرقة في البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب في الكلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حصوة في الكلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حصوة في المثانة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
جريان بول بطئ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انسداد مجرى البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قمل في شعر العانة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة في شعر العانة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب مجرى البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة في مجرى البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقطع في جريان البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تبول لا إرادي أثناء النوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رائحة للبول شديدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تبول كثير بالليل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لا يوجد بول مطلقاً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الأذن

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
احمرار الأذنين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام في الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف في السمع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
طنين في الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة في قناة الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سيلان أذن صديدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تجمع سيلان في الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ثقوب في طبلة الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صوت خشة في الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صوت صفير في الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فقدان التوازن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الجلد

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة دائمة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعرق شديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ظهور دمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ظهور تآليل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
جفاف جلدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ظهور تقرحات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تكسر الأظافر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ظهور حببات جلدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ظهور حب الشباب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صعوبة التام الجروح	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب جذر الأظافر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بياض تحت الأظافر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض إكزيما	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض صدفية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الفم

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عطاس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سيلان أنفي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انسداد الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة في الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف بحاسة الشم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نزيف دم من الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب الجيوب الأنفية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نخر في الأسنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حشوة أسنان معدنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تحسس الأسنان للبرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

شعر الجلد و الرأس

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صلع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صلع الثعلبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تساقط الشعر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعر جاف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعر زيتي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قشرة الشعر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهابات جلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حكة بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قمل بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انشطار رأس الشعرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صدفية بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بثرات بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إكزيما بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

القلب

دائماً تكرر نادراً رقماً

ضيق في التنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ذبحة صدرية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دوخة خفيفة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انخفاض ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدم انتظام دقات القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تسرع نبضات القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ارتفاع الكوليسترول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انسداد بعض الشرايين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تضييق صمام القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم صدري مع تعرق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

العضلات و العظام و المفاصل

دائماً تكرر نادراً رقماً

فتاق أنسجة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض النقرس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب مفاصل رثياني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تيبس بالمفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقلص عضلات الساق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عمود فقري جنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عمود فقري أحذب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم عام بالعضلات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام بعضلات الرقبة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تصلب بعضلات الرقبة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام عرق النسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تورم بالمفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض نخر العظام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض نفخ عضلي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم بغضروف القص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آلام بين الأضلاع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم في أعلى الظهر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم في منتصف الظهر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم في أسفل الظهر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم في العنق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تآكل الفقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ترقق في العظام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نتوات كلسية مفصالية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تضييق في قناة الرسغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تيبس المفاصل صباحاً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فتاق دسك الفقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كسر عظمي لم يلتئم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ألم أو تمل في

أعلى الكتفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بين الكتفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اليدين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكوعين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الساعدين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الرسغين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكفين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أصابع اليدين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الخصرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الساقين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الركبتين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الرجلين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكاحلين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
القدمين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكعبين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أصابع الأقدام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
وكسة أصابع القدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أسفل القدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قوس القدمين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الغدد الصماء

دائماً تكرر نادراً رقماً

دراق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مرض السكر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مرض سكر أطفال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انخفاض سكر الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تضخم الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضمور الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
وذمة مخاطية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط الغدة الكظرية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

النوم

دائماً تكرر نادراً رقماً

أرق (عدد الساعات ___)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نومي متقطع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لا أستطيع العودة للنوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنام القيلولة ___ ساعة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنام الساعة ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أستيقظ الساعة ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نعسان طوال اليوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أستعمل دواء للنوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الرأس

دائماً تكرر نادراً رقماً

شقيقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شقيقة نصفية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أستعمل أدوية شقيقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع نصفي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع بمؤخرة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع بجبهة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع عند النهوض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع مع الجوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع بعد حادث سير	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أستعمل أدوية صداع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صداع عند النهوض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أي أمراض سرطانية

دائماً تكرر نادراً رقماً

سرطان في _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان غير منتشر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان منتشر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان مرحلة أولى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان مرحلة ثانية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان مرحلة ثالثة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
علاج أشعة أو كيميائي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدد العلاجات _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

جهاز حساسية الوالدين

الوالد لا أحد الأم رقماً

حساسية لحشرة السوس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية لغيبار الطلع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للظهورات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للفواكه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للكلاً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحليب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للأدوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحبوب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للفطريات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحيوانات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للمواد الكيماوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تدخين أثناء الحمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الجهاز العصبي و النفسي

دائماً تكرر نادراً رقماً

القلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اغماء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساس جداً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غير متفاعل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فقدان الوعي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض التوحد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالدوخة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالعصبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالوحدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالكآبة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالحزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالعزلة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالخمول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عارض توريت Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض خوف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض صرع خفيف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض صرع شديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التضايق من الانتقاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أفتقد زمام المبادرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أفتقد زمام الراحة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انقسام الشخصية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تفكير بالانتحار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالخطأ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شعور بالخجل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ميل للبقاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط مالي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط نفسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط عائلي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط اجتماعي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضغط من العمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدم ثقة بالنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رؤية أحلام مزعجة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدم ميل للجنس الآخر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الطقس يؤثر على نفسيتي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تبول لا إرادي بالليل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اعراض الحساسية

دائماً تكرر نادراً رقماً

حساسية للغيبار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية لحشرة السوس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية لغيبار الطلع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية من الحليب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للأدوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحبوب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية من البيض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية ملونات الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحيوانات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية الكيماوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للفواكه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للكلاً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للفطريات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للحشرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية للأشجار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اسم المادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

للرجال فقط و الجهاز التناسلي

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عقم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف جنسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض الزهري
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف الانتصاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرعه في القذف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ألم في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سقل في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم المويثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ورم في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في شعر المثانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة عالى العضو التناسلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الملاء التناسلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض السيلان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض طفحة سفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمل في شعر المعانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استئصال الأسهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود عليه مبيد النطف

متزوج من أكثر من زوجه نعم لا

* أريد فحص المويثة نعم لا

* تاريخ فحص للمويثة _____

* ضع توقيعك من فضلك ← _____

معلومات عن طريقة أكله

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل ثلاث وجبات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل وجبتين يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل وجبة واحدة يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الفطور يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الغداء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل العشاء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل بين الوجبات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل السلطة يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الفواكه يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل اللحم يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل السكريات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرياضة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سهر..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شاي..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البيرة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كحول..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حليب..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مياه غازية..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التدخين..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شوكولاتة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حلويات..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة عربية..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة أمريكية... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مخدرات وما سواها

تحاليل أمراض الرجال
PSA

تحاليل أمراض السكر
Fasting Glucose
HbA1C
Bilirubin

للنساء فقط و الجهاز التناسلي

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم الأثداء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض تعرق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض آلام الدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة طويلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة قصيرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان مخاطي فرجي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الفرج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف بعد الجماع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة غير منتظمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة كل أسبوعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود كتلة في الأثداء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان صديد من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان دم من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان حليب من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عارض مرض السيلان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انقطاع الدورة الشهرية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض سن اليأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فطريات في المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تآليل في المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمل في شعر العانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض طفحة سفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الحلا التناسلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف الرغبة الجنسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استعمل محارم للدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استعمل دحسة بالدورة

مواد تنظيم الحمل

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اللؤلؤ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاجب مطاطي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ربط المياض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب منع الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرهم مبيض للنطف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جدول تنظيم الحيض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استئصال أسهر الزوج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود عليه مبيد النطف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* أريد فحصاً للأثداء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* أريد فحصاً داخلياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* هل أنت حامل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيح صناعي سابق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أستعملت كلوميد

عدد مرات استعمال الكلوميد _____

تاريخ آخر دورة حيض _____

تاريخ آخر فحص نسائي _____

عدد مرات الحمل _____

عدد مرات الإجهاض _____

عدد مرات الإملاص _____

عدد مرات الخداج _____

تاريخ آخر فحص للأثداء _____

* إن كنت حاملاً , عدد أشهر الحمل _____

* ضعي توقيعك من فضلك ← _____

تحاليل أمراض النساء
Progesterone
Estrogen
LH
FSH
CA 125

العمليات الجراحية

التاريخ	العملية
_____	القلب
_____	الفتاق
_____	المراة
_____	اللوز
_____	الزائدة
_____	القرحة
_____	الأمعاء
_____	بواسير
_____	زوائد أنفية
_____	الجيوب الأنفية
_____	كتل سرطانية
_____	الرحم
_____	المبيض
_____	كتلة على الثدي
_____	القبصية
_____	قسطرة
_____	تخطيط فلب

الأدوية المستعملة حالياً أو سابقاً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بخاخ للربو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كورتيزون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضاد حيوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب الضغط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب للصداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب أسبرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب تايلينول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب منع الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج مرض السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب مضاد حيوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج للكوليسترول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر لعلاج الحساسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر إنسولين لعلاج السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب تقوية الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موسع شرايين نيتروجليسرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

التحاليل المخبرية التي يجب إجراءها لتقييم حالتك

التحاليل العامة

CBC
Liver Enzymes
Cholesterol Panel
Creatinine
Homosystiene
G6PD
Vit D

تحاليل أمراض القلب والكوليسترول

Cardiac Profile
Homocystiene
Fibrinogen
Sen-CRP
ESR

تحاليل الأمراض السرطانية

CEA
Alphafetoprotein
Ca 19-9
Ca 15-3

يجب تكملة هذه القسيمة عن التاريخ الطبي منذ الولادة لهذا اليوم

إن هذه القسيمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوءاً على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يُدرَس من جميع النواحي حتى يكون علاجاً كاملاً و ناجحاً. لذا فإنه يريد أن يعرف عن كل ما تتذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً لعملية اللوز و عملية المرارة إلخ. **أنظر إلى المثال في الصفحة التالية.** ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتيبايوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر. من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

- 1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ واسماء جميع اللادوية التي استعملتها طوال حياتك، 3- فترة التدخين، 4- استعمال المخدرات، 5- العمليات الجراحية .

شرح الحالة المرضية بدقة من فضلك	العمر	السنة	فترة العلاج
	الولادة		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		
	30		
	31		
	32		
	33		
	34		
	35		
	36		
	37		
	38		
	39		
	40		
	41		
	42		
	43		
	44		
	45		
	46		
	47		
	48		
	49		
	50		
	51		
	52		
	53		
	54		
	55		
	56		
	57		
	58		

يمكن إضافة صفحة ثانية إذا احتاج الأمر

قسمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

إن هذه القسمة مصممة لتلقي ضوءاً على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومنتابح بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يدرس من جميع النواحي حتى يكون علاجاً كاملاً و ناجحاً. لذا فإنه يريد أن يعرف عن كل ما تتذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً لعملية اللوز و عملية المرارة إلخ. **أنظر إلى المثال في الصفحة التالية.** ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتيبايوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر. من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

1- هل رضعت عند الولادة (فترة الرضاعة)، 2- كم كان عمرك عندما فطمتك والدتك، 3- هل تدخن وماهي فترة التدخين، 4- هل استعملت المخدرات.

فترة العلاج	السنة	العمر	شرح الحالة المرضية
	1956	الولادة	لم أضع عند الولادة بسبب مرض الوالدة
	1957	1	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
		2	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
		3	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
	1960	4	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
		5	عملية إزالة اللوز
		6	
	1963	7	أعراض الربو علاج بالبخاخ والكورتيزون
		8	
		9	
		10	
		11	
	1968	12	بداية الدورة الشهرية مع آلام حادة في البطن
		13	
	1970	14	
		15	
		16	
		17	
		18	
	1975	19	زواج
	1976	20	اختفاء أعراض الربو
		21	
	1978	22	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
	1979	23	ولادة أول طفل ولادة طبيعية
	1980	24	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
		25	
		26	
	1983	27	ولادة طفلة قصيرة
		28	
	1985	29	إفرازات مهبلية وعلاج بمضاد الفطريات والمضاد الحيوي
		30	
	1987	31	قلق عند النوم
		32	
		33	
	1990	34	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
		35	
		36	
		37	
		38	
	1995	39	أعراض مرض السكر
		40	
		41	
		42	
	1999	43	علاج للقلق بالدواء الصيدلي
	2000	44	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
		45	
		46	
		47	
		48	
		49	
		50	
	2007	51	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
		52	اليوم
		53	
		54	
		55	
		56	
		57	