

مشخصات فردی:	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی :
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ/ محل تولد :
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
آدرس:	
سابقه پزشکی :	
سابقه تزریق خون دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
تاریخ اولین تزریق : / /	تاریخ آخرین تزریق : / / مکان تزریق :
سابقه بیماری دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام پزشک:	
توضیح:	
تاریخ اولین تزریق : / /	تاریخ آخرین تزریق : / / مکان تزریق :
آیا طحال برداری شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ طحال برداری : / /	
سابقه مصرف دارو دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر توضیح :	
اگر خانم هستید به سؤالات زیر پاسخ دهید:	
سابقه بارداری دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تعداد بارداری :	تعداد فرزند :
سابقه سقط دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر توضیح :	
در حال حاضر باردار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چند ماهگی بارداری هستید؟	
نام پزشک زنان و زایمان :	
آیا تزریق آمپول رگام داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ تزریق : / /	
تاریخ:	
امضاء	