

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ بیماریهای زنان

GYNECOLOGIC SHEET

Unit No: شماره پرونده:

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:
		Bed:	تخت:				
Occupation:	شغل:	Religion:	مذهب:	Married date:	تاریخ ازدواج:	Marital status:	وضعیت تاهل:
						Widowed <input type="checkbox"/> بیوه Separated <input type="checkbox"/> مطلقه	Single <input type="checkbox"/> مجرد Married <input type="checkbox"/> متاهل
Chief Complaint: ناراحتی اصلی:							
Gynecologic History: تاریخچه ژنیکولوژی: Duration: :							
Menstruation: Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Interval: Oligomenorrhea <input type="checkbox"/> Polymenorrhea <input type="checkbox"/>							
Amount: Menorrhagia <input type="checkbox"/> Hypomenorrhea <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Menometrorrhagia <input type="checkbox"/> Hypermenorrhagia <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/>							
Menarch: L.N.M.P: P.M.P: Menopause Age:							
Dysmenorrhea Primary <input type="checkbox"/> Secondary <input type="checkbox"/> Dyspareunia <input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/>							
premenstrual tension: Premenstrual spotting <input type="checkbox"/> Intermenstrual spotting <input type="checkbox"/> Postmenstrual spotting <input type="checkbox"/>							
Post Coital Bleeding <input type="checkbox"/> Steriod Used & Bleeding:							
Type of contraception:							
Obstetric History: تاریخچه مامایی:							
Gravida No: Complication of Gravida:							
Delivery No: Living Child: Dead Child: Still Birth:							
Abortion No: Type of Ab: Spontaneous <input type="checkbox"/> Therapeutic <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Illegal <input type="checkbox"/>							
Type of Delivery N.V.D. <input type="checkbox"/> Cesarean <input type="checkbox"/> Vaccum <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/>							
Date of Last Delivery Complication of Delivery: <input type="checkbox"/> Frist delivery : Secend Delivery : Others :							
Medical, surgical History: تاریخچه طبی، جراحی:							
Hypertension: Cancer: Thyroid disorder:							
Diabetes : Cystocele: Kind of operation:							
Tuberculosis: Rectocele: Others							
Allergy: Uterin prolaps:							
Drugs: Heart disease:							
Smoking: Pulmanary disease:							
Family history: تاریخچه فامیلی:							
Hypertension: Diabetes:							
Tuberculosis: Cancer:							
Others:							

تاریخچه تنظیم خانواده:

روش جلوگیری از بارداری:

مدت استفاده:

عوارض:

معاینات عمومی:

اشتها:

تیر و ئید:

پستانها:

قلب:

ريه:

کبد:

طحال:

غدد لنفاوی:

دستگاه اداری:

Hematuria ☐

هیر سو تیسم:

سایر علایم:

معاینات لگن:

ولوو:

واژن:

- adnexa

نام و امضاء پزشک:

