

HEALTH HISTORY/التاريخ الصحي

الاسم _____ التاريخ _____
الأوسط الأول الأخير
رقم التعريف بجامعة ولاية Colorado # _____ الجنس أنثى _____ ذكر _____ تاريخ الميلاد •
رقم الهاتف _____ بلد المنشأ _____
الشخص الذي ينبغي إشعاره في حالة الطوارئ: •
الاسم _____ العلاقة _____
الهاتف (المنزل) _____ (العمل) _____

الحساسية: (يرجى إرفاق صفحات إضافية عند الضرورة)		الحساسية ضد الأدوية	
رد الفعل	اسم العنصر	رد الفعل	العنصر
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

الأدوية الحالية: (يرجى إرفاق صفحات إضافية عند الضرورة)		
الغرض	الجرعة	اسم العقار
_____	_____	_____
_____	_____	_____

العمليات الجراحية: (يرجى إرفاق صفحات إضافية عند الضرورة)	
النوع	عام
_____	_____
_____	_____

حالات دخول المستشفى: (يرجى إرفاق صفحات إضافية عند الضرورة)	
السبب	عام
_____	_____
_____	_____

MEDICAL HISTORY/التاريخ الطبي

	لا No	نعم Yes		لا No	نعم Yes
مشكلات الجيوب الأنفية	_____	_____	الرأس والأعصاب	_____	_____
مشكلات الأسنان أو اللثة	_____	_____	الدوار أو الإغماء	_____	_____
مشكلة أخرى بالعين أو الأذن أو الأنف أو الحلق	_____	_____	الصداع أو الصداع النصفي	_____	_____
الشرح: _____			إصابة بالرأس أو فقدان الوعي	_____	_____
القلب والرئتان			تاريخ النوبات المرضية	_____	_____
الربو	_____	_____	مشكلات بالرأس أو مشكلات عصبية أخرى	_____	_____
مشكلات الدورة الدموية	_____	_____	الشرح: _____		
حالات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي المتكررة أو الحادة	_____	_____	العين، الأذن، الأنف، الحلق		
مشكلة بالقلب أو نفخة	_____	_____	نزيف حاد عقب خلع الأسنان	_____	_____
ارتفاع ضغط الدم	_____	_____	مشكلات العين	_____	_____
قصور التنفس أو السعال المزمن	_____	_____	الشرح: _____		



مشكلات أخرى بالقلب أو الرئة
الشرح: _____

لا نعم
No Yes

البطن

مرض البواسير أو المستقيم _____
متلازمة القولون العصبي _____
اليرقان (اصفرار الجلد) _____
مشكلات الكلى أو المثانة _____
مشكلات المعدة أو الأمعاء _____
مشكلات أخرى في البطن _____
الشرح: _____

مشكلات صحية أخرى

مشكلات جلدية _____
اكتساب وزن أو فقدانه دون سبب معلوم _____
مشكلات صحية أخرى _____
الشرح: _____

صحة المرأة

سن بدء الحيض _____
مشكلات الحيض _____
الشرح: _____
استعمال وسائل تحديد النسل _____

تحديد:

عدد مرات الحمل _____
عدد الأطفال الأحياء _____
مشكلات أخرى خاصة بصحة المرأة _____
الشرح: _____

نمط الحياة

تعاطي الكحوليات _____
كل يوم _____ أسبوع _____ شهر _____
النوع: _____
تعاطي الدخان/التبغ _____
النوع: _____
التكرار: _____

العمر عند البدء:

تعاطي عقاقير أخرى _____
كل يوم _____ أسبوع _____ شهر _____
النوع: _____
النشاط البدني _____
النوع: _____
القدر: _____
كل يوم _____ أسبوع _____ شهر _____

حمى القش / الحساسيات الموسمية _____
صعوبات السمع _____

لا نعم
No Yes

العظام والمفاصل

التهاب المفاصل _____
ألم الظهر _____
مشكلات بالحوض أو الركبة أو الكاحل _____
إصابة بالعظم أو المفصل _____
ألم أو تورم المفاصل _____
مشكلات بالكتف أو المرفق أو الرسغ _____
مشكلات أخرى في العظام أو المفاصل _____
الشرح: _____

الأمراض المزمنة

السرطان _____
السكر _____
مرض التهاب الأمعاء _____
مشكلات الغدة الدرقية _____
أمراض مزمنة أخرى _____
الشرح: _____

الأمراض المعدية

الحمق _____
التهاب الكبد الوبائي أ أو ب أو ج (ضع دائرة حول أحد الأنواع) _____
التهاب الكبد الوبائي المزمن _____
الحصبة _____
التهاب السحايا _____
كثرة الوحيدات العدائية _____
التهاب الغدة النكافية _____
الحمى الروماتيزمية _____
الحصبة الألمانية _____
الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي (STD) _____
الشرح: _____
السل _____
السعال الديكي _____
أمراض معدية أخرى _____
الشرح: _____

الصحة العقلية

القلق _____
الاضطراب الثنائي القطب _____
الاكتئاب _____
صعوبة التركيز _____
اضطرابات التغذية _____



CSU HEALTH NETWORK

CARE FOR BODY AND MIND

Medical Services (970) 491-7121
Counseling Services (970) 491-6053
Health Education and Prevention Services (970) 491-1702
health.colostate.edu

طول الفترة	_____	_____
القيود أو الحدود البدنية	_____	_____
الشرح:	_____	_____
المشكلات الثقافية أو الدينية	_____	_____
الشرح:	_____	_____

التغيرات المفرطة في المزاج	_____	_____
مشكلات بالذاكرة	_____	_____
صعوبة النوم	_____	_____
غير ذلك:	_____	_____

التاريخ العائلي

العلاقة	لا		العلاقة	لا	
	No	Yes		No	Yes
_____	_____	_____	إدمان الكحول	_____	_____
_____	_____	_____	التهاب المفاصل	_____	_____
_____	_____	_____	الربو، حمى القش، الطفح الجلدي	_____	_____
_____	_____	_____	الإضطرابات النزيفية	_____	_____
_____	_____	_____	السرطان	_____	_____
_____	_____	_____	الوفاة قبل بلوغ سن ٥٠	_____	_____
_____	_____	_____	السكر	_____	_____
_____	_____	_____	الصرع / النوبات المرضية	_____	_____
_____	_____	_____	أمراض القلب	_____	_____
_____	_____	_____	ارتفاع ضغط الدم	_____	_____

معلومات إضافية:

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة حسب علمي وأدرك أن تعتمد تقديم معلومات خاطئة يمكن أن يعرض حالتني الصحية للخطر. وأدرك أن هذه المعلومات سرية ويحميها القانون.

التاريخ

توقيع الطالب



Colorado State University