

نام و نام خانوادگی: _____

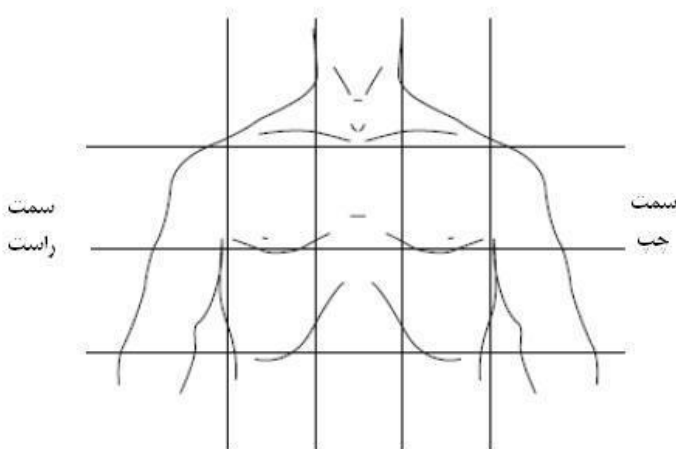
کد خانوار: _____ کد فرد: _____

تاریخ: _____/_____/_____

۱- آیا تا کنون احساس درد یا ناراحتی در قفسه سینه را تجربه کرده اید؟

بله خیر

۲- این درد و ناراحتی را در کدام قسمت از قفسه سینه تجربه کرده اید؟ (لطفا محل درد را با هاشور روی شکل زیر مشخص کنید)



۳- آیا وقتی با سرعت معمول روی سطح صاف و مسطح راه می روید این درد و ناراحتی را احساس می کنید؟

بله خیر نامشخص

۴- آیا وقتی روی سربالایی و یا با عجله راه می روید این درد و ناراحتی را احساس می کنید؟

بله خیر نامشخص

۵- وقتی هنگام راه رفتن دچار درد یا ناراحتی قفسه سینه می شوید، چه کار می کنید؟

 می ایستم آرام تر حرکت می کنم به راه رفتن به همان شکل ادامه می دهم نمی دانم

۶- آیا اگر پس از احساس درد و ناراحتی هنگام راه رفتن، مدتی بایستید درد شما برطرف می شود؟

بله خیر

۷- چه قدر طول می کشد تا درد و ناراحتی برطرف شود؟

 ۱۰ دقیقه یا کمتر بیش از ۱۰ دقیقه