



تاریخ مصاحبه: (روز/ماه/سال) _____ / _____ / _____	کد خانوار: _____
نام و نام خانوادگی: ...	کد فرد: _____

آیا پزشک تا کنون به شما گفته است که به هر کدام از بیماری های زیر مبتلا هستید؟

بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
عفونت ادراری مکرر:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سنگ کلیه:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
نفريت/گلوومرولونفریت:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
نارسایی کلیه:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
دیالیز:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سایر:...	در چه سنی: _____ سالگی
آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	

بیماری های کبدی - صفراوی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
هپاتیت:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سیروز:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سنگ کیسه صفرا:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سایر:...	در چه سنی: _____ سالگی
آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	

بیماری های گوارشی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
زخم معده:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سایر:...	در چه سنی: _____ سالگی
آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	

سرطان <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
ریه:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
پستان:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
کولون:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
پروستات:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
خون/لنفای:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
دهانه رحم:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
رحم:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
بیضه:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
استخوان:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
مغز:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
معده:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
ملانوم:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
پوست (غیر ملانومی):	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: _____ سالگی
سایر:...	در چه سنی: _____ سالگی
آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	



بیماری های تیروئید <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		
پرکاری:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
کم کاری:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
سایر:...	در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

بیماری های تنفسی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		
سل:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
آسم:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
برونشیت مزمن:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
آمفیزم:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
پنومونی:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
آمبولی ریه:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
سایر:...	در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

بیماری های روانپزشکی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		
افسردگی:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
دوقطبی:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
اسکیزوفرنی:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
وسواس:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
سایر:...	در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

سایر بیماری ها <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		
نقرس:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
میگرن:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
صرع:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
ام اس:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
ایدز:	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
سایر:...	در چه سنی: سالگی	آیا هم اکنون برای آن درمان می شوید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

سوابق پزشکی		
آیا تا به حال جراحی شده اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	علت: ...
(خانم ها) آیا سابقه سقط یا مرده زایی داشته اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	چند بار: بار
(خانم ها) آیا سابقه مسمومیت حاملگی داشته اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی: در چه سنی: سالگی	
(خانم ها) آیا تا به حال قرص ضد بارداری استفاده کرده اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی مدت: سال	در حال حاضر چطور؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی