

نام بیمار

شماره بیمه درمانی

تاریخ تولد

جنسیت

آدرس

تلفن

نام فرد مورد تماس

نسبت با بیمار

تلفن

آیا شما سنجش تراکم استخوان انجام داده اید؟

تاریخچه افتادن: محل و تاریخ

---

---

---

تاریخچه بیماری ها و جراحی ها

---

---

---

---

چه داروهایی مصرف می کنید

---

---

---

---

نام پرشک خانواده

