

قسم العيون

گان کا مونشن ہویو
眼科問診票

العربية
آرابيا ٲر

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك
اہتہ ہمارے مونس ٲے چیک ٲر کرنا

سنة ٲن

شهر ٲن

يوم ٲن

الاسم ٲن		<input type="checkbox"/> ذكر ٲن	<input type="checkbox"/> انثى ٲن
تاريخ الميلاد ٲن	سنة ٲن	شهر ٲن	يوم ٲن
العنوان ٲن	الهاتف ٲن		
هل لديك تأمين صحي؟		<input type="checkbox"/> نعم ٲن	<input type="checkbox"/> لا ٲن
الجنسية ٲن	اللغة ٲن		

ما الذي تعاني منه؟

العين اليمنى ٲن العين اليسرى ٲن كلا العينين ٲن العيون تدمع ٲن

ألم ٲن مادة مخاطية ٲن إنتفاخ ٲن

دخول جسم غريب في العين ٲن صعوبة الرؤيا ٲن

رؤية مزدوجة ٲن حساسية للضوء ٲن غير ذلك ٲن

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟

منذ _____ سنة ٲن _____ شهر ٲن _____ يوم ٲن

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟

نعم ٲن → دواء ٲن طعام ٲن غير ذلك ٲن لا ٲن

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟

نعم ٲن → إذا كان لديك أية أدوية يرجى عرضها علينا لا ٲن

هل أنت حامل أو هناك احتمال بأن تكوني حاملاً؟

نعم ٲن → _____ أشهر ٲن لا ٲن

هل تقومين بالإرضاع حالياً؟

نعم ٲن لا ٲن

هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟

نعم ٲن لا ٲن

هل أصابك أي مرض في الماضي؟

اضطرابات بالمعدة والأمعاء ٲن أمراض الكبد ٲن أمراض القلب ٲن

أمراض الكلى ٲن تدرن ٲن سكري ٲن ربو ٲن

ضغط دم عالي ٲن أيدز ٲن مشاكل غدة درقية ٲن مرض الزهري ٲن

غير ذلك ٲن

هل تعالج حالياً من أي مرض؟

نعم ٲن لا ٲن

هل هناك أحد من عائلتك مصاب بمرض عيون؟

نعم ٲن → من ٲن لا ٲن

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟

نعم ٲن لا ٲن