

قسمة سؤال

مركز شفاء الكندي للطب البديل

العنوان 5468 Dundas Street West, Suite 101
Toronto Ontario Canada M9B 6E3

التليفون: 001-416-207- 0207

الفاكس: 001-416-207- 0272

الموقع www.shifaa.ca

استمارة طبية ذات سرية عالية بعد استلامها.

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الاستمارة رئيس العيادة الدكتور فاتح سراج الدين خصيصاً للمتكلمين بلغة الضاد في شمال أمريكا ولكم في الوطن العربي كي تساعدكم في شرح الحالة أو الحالات المرضية التي دعتم للكتابة لنا. فنرجو منكم قراءة جميع الأسئلة ثم الإجابة عليها وأن تشرحوا السؤال شرحاً وافياً ويقدر عال من الدقة و التركيز. إن الشرح سوف يساعدنا بالجواب على حالتكم و تشخيصها بصورة دقيقة مما يساعدنا على أن نجيبكم جواباً صحيحاً. فكثيراً من يسألنا ماهو علاج الصداع دون أي شرح عن المريض وعن عمره والأدوية التي يستعملها ودون تقرير من المخبر . الرجاء إرسال هذا السؤال بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني أعلاه.... مع الشكر

معلومات شخصية

* الاسم: _____ , اسم الوالد: _____ , * الكنية: _____
* تاريخ الميلاد: _____ , * ذكر أم أنثى , * الوزن: _____
* هاتف العمل: _____ , * هاتف المنزل: _____
* الجوال: _____ , * الفاكس: _____
* البريد الإلكتروني: _____
* العنوان _____ , * المدينة _____ , * الدولة _____
* تاريخ بدء الحالة المرضية: _____ , اسم الطبيب الذي أشرف على العلاج: _____
هل انتهت العلاجات: نعم انتهت أم لا لم تنتهي , هل أعطى العلاج أي نتيجة.. إشرح من فضلك..?
* لقد عالجني الأطباء في الماضي للأعراض التالية: _____
* حالياً إنني أعاني من الأمراض التالية و أرغب في علاجها: _____

أعلمنا من يستحق أن نرسل له بطاقة شكر لأنه عرفك على عيادتنا ؟

* الاسم: _____ , اسم الوالد: _____ , * الكنية: _____ , الهاتف: _____
العنوان: _____

أسئلة عامة

	نادراً	تكرراً	دائماً
هل رضعت امك عند الولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل استعملت المضاد الحيوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من الإمساك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من حموضة معدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من ارتفاع الضغط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من مرض السكر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من التعب والإرهاق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعاني من الحساسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تشرب الحليب ومشتقاته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تدخن السجائر وغيرها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تنام جيداً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تشرب القهوة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
للنساء فقط			
هل دورتك منتظمة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تستعملين حبوب منع الحمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تعانين من إفرازات مهبلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أنت حامل ..؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أكتب سؤالك هنا من فضلك