

آیا هنگام راه رفتن تند یا بالا رفتن از سربالایی احساس سنگینی، درد یا Irritation of sternum در پشت جناغ سینه خود دارید؟

آیا سابقه ورم در بدن، خصوصاً پاها را داشته اید؟

آیا سابقه تغییر رنگ ادرار خصوصاً ادرار شبه خونی داشته اید؟

آیا سابقه سوزش ادرار، تکرر ادرار، شب ادراری و شب شاشی داشته اید؟

آیا سابقه آزمایش ادرار غیرطبیعی (خون، رگ، پروتین، لکوسیت، RBC) داشته اید؟

آیا در یک سال گذشته دچار درد و سوزش زیر جناغ سینه شده اید؟

آیا در یک سال گذشته دچار برگشت غذا از معده به مری و حلق شده اید؟

آیا تاکنون تشخیص بیماری رفلاکس اسید از معده به مری داشته اید؟

آیا در یک سال گذشته دچار نفخ و اتساع شکم بخصوص بعد از مصرف غذا شده اید؟

برنامه اجابت مزاجی شما چگونه است؟ مرتبه در

آیا سابقه دفع خون تازه در مدفوع داشته اید؟

آیا سابقه کاهش وزن ناخواسته داشته اید؟ (بدون رژیم غذایی و بیش از ۵ کیلوگرم در یکماه)

آیا سابقه زردی چشم یا پوست بدن در طول زندگی داشته اید؟ سن:

در یکسال گذشته حداقل به مدت ۲ هفته سرفه داشته اید؟ نوع:

آیا در یکسال گذشته حداقل به مدت ۲ هفته تنگی نفس به همراه خس خس سینه داشته اید؟

آیا شما هرگز دچار مشکل در راه رفتن یا کنترل تعادل بطوریکه بیش از یک هفته طول بکشد بوده اید؟

آیا شما بیش از یک بار بطور موقت و بدون دلیل خاصی و برای مدت کوتاهی بیهوش شده یا غش کرده اید؟

آیا شما هرگز دچار اختلال در تفکر، حافظه و یا تکلم بطوریکه بیش از یک هفته طول بکشد شده اید؟

آیا شما هرگز دچار اختلال در بینایی یا دوبینی بطوریکه بیش از یک هفته طول بکشد و خودبخود بهبود یابد شده اید؟

آیا هرگز دچار ضعف عضلانی در هیچ قسمت بدن بطوریکه بیش از یک هفته طول بکشد شده اید؟

آیا هرگز دچار هیچگونه اختلال در حرکت (کندی و سفتی اندامها)، لرزش دست یا پا که بیش از یک هفته طول بکشد شده اید؟

آیا هرگز در پاها یا دستهای خود دچار بی حسی یا گزگز بطوریکه بیش از یک هفته طول بکشد شده اید؟

آیا هرگز دچار ضربه به سر بطوریکه برای مدتی هر چند کم بی هوش شوید شده اید؟

آیا هرگز دچار حملات تکرارشونده سردرد که هر حمله حداقل ۴ ساعت طول بکشد (حداقل ۲ بار) شده اید؟

آیا هرگز دچار حملات سرگیجه (احساس دوران) که باعث اختلال جدی در عملکرد روزانه شود شده اید؟

آیا هرگز دچار حملات وزوز گوش که بیش از یک هفته تداوم یابد شده اید؟

آیا در ۵ سال اخیر هرگونه شکستگی داشته اید؟ محل شکستگی:

آخرین بار شکستگی در چه سنی روی داد؟ آیا آخرین شکستگی بخاطر افتادن بوده است؟

در طی سال گذشته چند بار زمین خورده اید؟

آیا تا بحال شکستگی لگن یا فمور داشته اید؟

آیا تا بحال تشخیص استئوپوروز (پوکی استخوان) داشته و یا پزشک به شما گفته است که در خطر آن هستید؟

آیا هرگز دچار کمر دردی که بیش از یک هفته طول بکشد و در کار روزمره اختلال جدی ایجاد کند، شده اید؟

آیا سابقه کمر درد با خشکی صبحگاهی بیشتر از یک ساعت دارید؟

آیا سابقه درد مفصل دارید؟

آیا سابقه درد مفصل با خشکی صبحگاهی بیشتر از یک ساعت دارید؟

آیا سابقه آفت مکرر دهان داشته اید؟

آیا سابقه آفت مکرر تناسلی داشته اید؟

آیا تشخیص روماتیسم مفصلی توسط پزشک داشته اید؟

آیا سابقه جراحی داشته اید؟

آیا سابقه بستری در بیمارستان داشته اید؟

آیا سابقه ترانسفیوژن داشته اید؟