

نام بیمار :	نام پدر :	شماره پذیرش :	نسبت خانوادگی والدین :
جنسیت :	سن :	سن شروع علائم بیماری :	تاریخ مراجعه به آزمایشگاه :
شماره تلفن ثابت :	شماره موبایل :	آدرس منزل :	

لطفا مشخص نمایید که بیمار کدامیک از علائم زیر را دارد و آیا این علائم دایمی است یا مقطعی

تاخیر حرکتی :	مشکل تنفسی :
استفراغ :	امتناع از غذا خوردن :
سکسکه :	مشکلات ماهیچه ای :
عدم وزنگیری مناسب :	حرکات غیر طبیعی :
بوی غیر طبیعی :	عدم رشد و نمو :
فلج :	مشکلات بینایی یا شنوایی :
عقب ماندگی ذهنی :	مشکل تکلم :
تشنج :	تورم اعضای داخلی (کبد - طحال و...):
کما :	سابقه مرگ زودرس در خانواده :

آزمایشهایی که بیمار تاکنون انجام داده است :

داروهای مورد استفاده :

نوع رژیم غذایی و دارویی :

توضیحات :