

Anamnez (Hasta hikayesi)

Soyadı: \_\_\_\_\_ Adı: \_\_\_\_\_ Kızlık soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_ boyunuz: \_\_\_\_\_ kilonuz: \_\_\_\_\_

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (örneğin astım, romatizma, şeker hastalığı):

\_\_\_\_\_

Ailede mevcut olan hastalıklar (örneğin kalp krizi, felç, tromboz, kanser hastalığı)?

\_\_\_\_\_

Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Cevapınız evet ise, hangileri ve hangi dozda?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alerjiniz var mı (örneğin ilaça karşı)? \_\_\_\_\_

Genital organlarda ameliyat geçirdiniz mi? \_\_\_\_\_

Geçmişte geçirdiğiniz diğer ameliyatlar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Genital organlarda malformasyon biliniyor mu? \_\_\_\_\_

Çocuklarınız var mı? Cevapınız evet ise, çocukların doğum yılları?

\_\_\_\_\_

Doğum esnasında komplikasyonlar yaşandı mı? Çocuklar sağlıklı mı?

\_\_\_\_\_

Mesleğiniz? \_\_\_\_\_

Adetiniz düzenli mi? Adet aralığı kaç gündür? \_\_\_\_\_

Özellikle adet döneminiz başlamadan önce ortaya çıkan belirtileriniz var mı (örneğin göğüslerde gerginlik hissi, ruh hali değişimleri veya ödem)? \_\_\_\_\_

Şu anda hangi şikâyetleriniz var? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muayenehanemiz nasıl dikkatinizi çekti? Sizi bize kim yönlendirdi veya kim tavsiye etti?

\_\_\_\_\_