مرکز بهداشت شهرستان(شماره2)

پویش ملی غربالگری دیابت و فشارخون بالا

محل غربالگری:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی غربالگر:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد (روز وماه و سال)	کدملی	شماره تماس	سابقه بیماری					فشارخون نوبت اول	فشار خون نوبت دوم	قد (سانتی متر)	وزن (کیلوگرم)	قند خون ناشتا	سابقه درمان		کم تحرکی (کمتر از 150 دقیقه فعالیت در هفته)	ارجاع
					سکته قلبی	سکته مغزی	فشارخون بالا	سابقه خانوادگی دیابت	دیابت						دیابت	فشارخون بالا		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		