Anamnez Formu

Hasta adı soyadı / Protokol no	
Yaş / Cinsiyet / Meslek	
Başvuru tarihi ve şekli	
Bilginin alındığı kişi	Hasta / Yakını (yakınlığı:)

Ana şikâyet (süresiyle)

Hikâye (başlangıçtan bugüne, ilgili negatiflerle)

Özgeçmiş

Kronik hastalıklar	
Ameliyatlar / yatışlar / transfüzyon	
Kadın hastada SAT, G/P/A	
Aşılar (çocukta doğum, gelişim, beslenme)	

İlaçlar ve alerjiler

İlaç adı, doz, sıklık	
Reçetesiz ilaç / bitkisel ürün	
Alerji ve reaksiyon	

Soygeçmiş

Anne / baba / kardeşler	
Akraba evliliği	

Alışkanlıklar ve sosyal öykü

Sigara (paket/yıl) / alkol / madde	
Meslek ve maruziyet	
Birlikte yaşadığı kişiler / seyahat	

Sistem sorgusu

Sistem	Bulgu (yok ise “yok” yazın)
Genel (ateş, kilo, gece terlemesi)	
Baş, göz, KBB	
Solunum	
Kalp ve dolaşım	
Sindirim	
Ürogenital	
Kas-iskelet	
Sinir sistemi	
Ruhsal durum, uyku	
Deri, endokrin	

Vital bulgular

Ateş / Nabız / Kan basıncı	
Solunum sayısı / SpO2 / Boy / Kilo	

Fizik muayene

Ön tanı

Plan (tetkik, tedavi, kontrol)

Hekim adı soyadı	
İmza / Tarih / Saat	