

بیماری	سابقه	سن در زمان تشخیص	تحت درمان بوده/است؟
دیابت	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
بیماری ایسکمیک قلبی شامل: نارسائی قلبی و آنژین	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سکته قلبی	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سکته مغزی	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
نارسایی کلیه	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
کبد چرب (با تشخیص پزشک)	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
هیپاتیت B	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
هیپاتیت C	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
بیماریهای مزمن ریوی(سل. آسم)	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
تیروئید	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سنگ کلیه	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سنگ کیسه صفرا	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
بیماریهای روماتیسمی	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان پوست	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان پستان	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان معده	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان کولورکتال	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان مثانه	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان سیستم هماتوپوئیتیک	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان مری	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان پروستات	<input type="checkbox"/> انتخاب کنید		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان ریه	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان مغز و اعصاب مرکزی	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
صرع	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سردرد مزمن و راجعه	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
افسردگی با تشخیص پزشک	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
هرگونه اختلال روانپزشکی دیگر	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
اختلال یادگیری که باعث کاهش پیشرفت در تحصیل شده باشد	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
اختلال حافظه که سبب اختلال جدی در عملکرد روزانه شود	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان حنجره	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان زبان	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان رحم	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
سرطان تخمدان	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
لوپوس	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
بیماری MS	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
فشارخون بارداری	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید
دیابت بارداری	<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> انتخاب کنید