

Welcome to our pharmacy. Please fill out this form so we can help you to the best of our ability. مرحبا بكم في صيدليتنا . يرجى ملء هذه البيانات حتى تتمكن من مساعدتك

Which of the following vaccines have you received before? أي من اللقاحات التالية قد تلقيتها من قبل

- Tetanus الكزاز
- Influenza إنفلونزا
- Pneumococcal
- Hepatitis B
- MMR
- Others آخرون: _____

Medication History أسئلة حول استخدام الأدوية الخاصة بك:

- I regularly take prescription medication اتناول الدواء الذي وصفه الطبيب بانتظام
- I take prescription medication occasionally اتناول الدواء الذي وصفه الطبيب احياناً
- I regularly take over-the-counter medication such as acetylsalicylic acid (Aspirin), acetaminophen (Tylenol), ranitidine (Zantac) etc. أنا أخذ هذه الادوية بانتظام بدون وصفة طبية : حمض الصفصاف (الاسبرين) ، اسيتامينوفين (تايلينول) ، رانيتيدين (زانتاك) الخ
- I regularly take vitamins or herbal supplements such as calcium, vitamin D, iron supplements, etc. أنا أخذ بانتظام الفيتامينات أو المكملات العشبية مثل الكالسيوم و فيتامين د ، مكملات الحديد ، الخ
- I brought my medication with me to the pharmacy. احضرت الدواء معي إلى الصيدلية.
- Allergies to medication. If so, please list medication and reaction حساسية للدواء. إذا كان الأمر كذلك ، يرجى كتابة اسم الدواء وماذا حدث

How do you take your medications? كيف تأخذ الأدوية الخاصة بك

- I take my medications regularly. نعم أنا أخذ ، الدواء بانتظام.
- I take my medications occasionally. نعم، أنا أخذ الدواء أحياناً.
- I brought my medication(s) with me to show the pharmacist. احضرت الدواء معي لاتحدث عنه مع الصيدلي
- I am unsure of what medication(s) I take. أنا غير متأكد من الأدوية التي اخذها ولم اعرف اسمها.
- I do not take the medication because it makes me feel unwell لا، أنا لا أخذ الدواء لأنه يجعلني أشعر بتوعك
- My family helps me organize when I take my medications. عائلتي تساعدني في تناول الدواء.

يرجى ملء التاريخ الطبي الخاص بك. ضع علامة اختيار بجانب كل ما ينطبق عليك

ضع علامة اختيار بجانب أي من الأمراض التي تعاني منها

Heart القلب :

- High blood pressure ضغط الدم
- Previous heart attack تاريخ من الأزمات القلبية
- Angina الذبحة الصدرية
- Atrial fibrillation الرجفان الأذيني
- High cholesterol ارتفاع الكوليسترول في الدم
- Heart failure فشل القلب
- Heart transplant زرع قلب
- Other شيء آخر _____

Family history (تاريخ العائلة) :

- My first degree relative had at least one of the above conditions. عندي قريب درجة أولى عنده واحد على الأقل من الأمراض المذكورة أعلاه
- None of my first degree relatives had any of the above conditions. لم يوجد احد من أقاربي من الدرجة الأولى لديه أي من الأمراض المذكورة أعلاه

Endocrine: نظام الغدد الصماء

- Diabetes Type I: 1 السكري نوع 1
- Diabetes Type II: 2 السكري نوع 2
- Hyperthyroidism فرط نشاط الغدة الدرقية
- Hypothyroidism قصور الغدة الدرقية

Central Nervous System/Mental Health:

الجهاز العصبي المركزي أو الصحة العقلية

- Migraines or chronic headaches الصداع النصفي أو الصداع المزمن
- Epilepsy صرع
- Stroke السكتة الدماغية
- Dementia خبل
- Alzheimer's مرض الزهايمر
- Insomnia الأرق
- Narcolepsy الخدار
- Depression اكتئاب
- Anxiety قلق
- Bipolar Disorder ثنائي القطب
- Schizophrenia انفصام الشخصية
- Post-Traumatic Stress Disorder اضطراب ما بعد الصدمة
- Other شيء آخر _____

Kidneys: الكلى

- Kidney Disease مرض الكلية
- Receiving dialysis غسيل الكلى
- Kidney Transplant زرع الكلى
- Other شيء آخر _____

Liver: الكبد

- Liver Disease مرض الكبد
- Liver Transplant زرع الكبد
- Hepatitis التهاب الكبد
- Other شيء آخر _____

Lungs: الرئتين

- Asthma الربو
- COPD and/or emphysema مرض الانسداد الرئوي المزمن أو انتفاخ الرئة
- Other شيء آخر _____

Musculoskeletal الجهاز العضلي

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis هشاشة العظام | <input type="checkbox"/> Sciatica ألم النسا |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis التهاب المفاصل الروماتويدي | <input type="checkbox"/> Other شيء آخر _____ |
| <input type="checkbox"/> Back pain ألم في الظهر | |

Genitourinary الجهاز البولي التناسلي

- | |
|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostate البروستات |
| <input type="checkbox"/> Urinary incontinence سلس البول |
| <input type="checkbox"/> Bladder infection عدوى المثانة |
| <input type="checkbox"/> Other شيء آخر _____ |

Infectious Disease الأمراض المعدية

- | |
|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV فيروس نقص المناعة البشرية |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis مرض السل |
| <input type="checkbox"/> Other شيء آخر _____ |

Other Conditions شروط أخرى

- | |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cancer سرطان |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma الزرق |
| <input type="checkbox"/> Other شيء آخر _____ |