

4	โรคเกี่ยวกับระบบเผาผลาญ: <input type="checkbox"/> ต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ต่อมหน้าเหลือง <input type="checkbox"/> ต่อมหน้าลาย <input type="checkbox"/> ต่อมเหงื่อ <input type="checkbox"/> ต่อมใต้สมอง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไชมัน / คอเลสเตอรอลในเลือดสูง <input type="checkbox"/> โรคหรือปัญหาเกี่ยวกับระบบเผาผลาญอื่น ๆ			מחלות מטבוליות: <input type="checkbox"/> בלוטת התיירוס <input type="checkbox"/> בלוטת לימפה <input type="checkbox"/> בלוטת רוק <input type="checkbox"/> בלוטת זיעה <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת - סכרת - במידה והתשובה חיובית יש לציין סוג סכרת (סכרת סוג 1/2) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> רמות גבוהות של שומנים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה מטבולית אחרת
5	ระบบทางเดินหายใจ: <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) <input type="checkbox"/> โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ การติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ ๆ และอาการหายใจสั้น <input type="checkbox"/> ภาวะปอดแฟบ (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> โรคซิสติกไฟโบรซิส <input type="checkbox"/> โรคหรือปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ			המערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחית זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת הנשימה
6	ระบบทางเดินอาหาร: <input type="checkbox"/> แผลในลำไส้ (ลำไส้เล็กส่วนต้น/กระเพาะอาหาร) <input type="checkbox"/> อาการแสบร้อนกลางอก <input type="checkbox"/> โรคโครห์น <input type="checkbox"/> ลำไส้อักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกรดไหลย้อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> รอยแยก / ฟิซิวูเร <input type="checkbox"/> การอุดตันของลำไส้ <input type="checkbox"/> โรค/การติดเชื้อตับอ่อน <input type="checkbox"/> หลอดอาหาร <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> นิ่วในถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร			מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> כיב (תיירוסין/קיבה) <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> מחלת קרוห์น <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> פרפלוקס <input type="checkbox"/> סחורים <input type="checkbox"/> פיטוריק/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות לבב / זיהומים <input type="checkbox"/> וש <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
7	ตับ: <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง <input type="checkbox"/> โรคตับอักเสบชนิด B, C, D <input type="checkbox"/> ไชมันพอกตับ <input type="checkbox"/> โรคตับแข็ง <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร			כבד: <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> הפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
8	ไส้เลื่อน: <input type="checkbox"/> ตำแหน่งของไส้เลื่อน: บริเวณกระบังลม / สะดือ / ขาหนีบขวา / ขาหนีบซ้าย คุณเคยเข้ารับการรักษาไส้เลื่อนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อไหร่ (วันที่)? _____			בקע: <input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בסרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית. <input type="checkbox"/> עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____
9	ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ: <input type="checkbox"/> การติดเชื้อซ้ำ ๆ <input type="checkbox"/> นิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ซีสต์ไต์ <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ ไตวาย <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับไตและทางเดินปัสสาวะ			כליות ודרכי השתן: <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ובשתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אנומליות בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת בדרכי השתן
10	ข้อและกระดูก: <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ <input type="checkbox"/> ปัญหาหลัง / กระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> ปัญหาข้อต่อ <input type="checkbox"/> ปัญหาเข่า <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับข้อและกระดูก			מפרקים ועצמות: <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות
11	โรคผิวหนังและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: <input type="checkbox"/> เนื้อออกผิวหนัง <input type="checkbox"/> แผลหรือรอยโรคบนผิวหนัง <input type="checkbox"/> โรคสะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับผิวหนังและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			מחלות עור ומין: <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות
12	เนื้องอกหรือโรคร้ายแรง (มะเร็ง)			גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)
13	โรคทางจุมก หู และลำคอ: <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> ตั้งเนื้อในโพรงจุมก <input type="checkbox"/> ไชมันอักเสบ โรค/ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับจุมก หู และลำคอ			מחלות אף אוזן וגרון: <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> מחלות/בעיות אחרות באף, אוזן וגרון
14	สำหรับผู้หญิง: <input type="checkbox"/> เต้านม (รวมถึงการเสริมหน้าอก) <input type="checkbox"/> ระบบนรีเวช <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของผู้หญิง <input type="checkbox"/> คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? <input type="checkbox"/> คุณเคยผ่าคลอดหรือไม่? <input type="checkbox"/> หาก "เคย" กรุณาระบุว่าเมื่อไหร่ (วันที่)			לנשים: <input type="checkbox"/> שדיים (כולל הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גינקולוגית <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה נשית אחרת <input type="checkbox"/> את בהריון? <input type="checkbox"/> עברת לידה קיסרית? <input type="checkbox"/> אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)
15	สำหรับผู้ชาย: <input type="checkbox"/> ปัญหาต่อมลูกหมาก <input type="checkbox"/> เส้นเลือดขาดในอวัยวะ / ถุงน้ำในอวัยวะ <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของผู้ชาย			לגברים: <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת
กรุณาระบุรายละเอียด				פירוט ממצאים חיוביים
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

