

۲- آیا در حال حاضر داروی خاصی برای بیماری‌های طبی خود مصرف می‌کنید؟

بله مشخص کنید: خیر

۳- آیا به دارویی حساسیت دارید؟ بله مشخص کنید: خیر

۴- آیا تا کنون آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی‌داند خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۵- آیا تا کنون آزمایش اچ‌سی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است بله و پاسخ آن مثبت بوده است

بله و پاسخ آن را نمی‌داند خیر عدم تمایل به پاسخ‌گویی

۶- آیا باردار هستید (فقط در مراجعان زن در سنین باروری)؟ بله خیر نمی‌دانم

۷- جدول غربال‌گری مشکلات روان‌پزشکی

رتبه	سؤال	طول عمر	ماه گذشته	تأکدات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناامیدی، از دست دادن علاقه، بی‌حوصلگی شدید در انجام امور روزانه داشته‌اید؟			
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی‌قراری داشتید؟			
۳	حالات توهم داشته‌اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟			
۴	در کنترل رفتار پرخاش‌گرانه مشکل داشته‌اید؟ (حملات خشم یا خشونت)			
۵	اقدام به خودزنی داشته‌اید؟			
۶	افکار جدی خودکشی داشته‌اید؟			
۷	اقدام به خودکشی کرده‌اید؟			

۸- سابقه درمان‌های روان‌پزشکی

رتبه	سؤال	طول عمر	ماه گذشته	تأکدات
۱	سابقه درمان سرپایی برای مشکلات روان‌پزشکی؟			
۲	سابقه درمان بستری برای مشکلات روان‌پزشکی؟			

۹- آیا در حال حاضر داروی روان‌پزشکی خاصی مصرف می‌کنید؟

بله مشخص کنید: خیر