

2: For completion by the General Practitioner (continued)

Clinical assessment

Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Waist circumference	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm
Smoking status	<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> Ex <input type="checkbox"/>									
	Started <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Stopped <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Ave/day <input type="text"/> <input type="text"/>									
	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/>									
	Started <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Ave/day <input type="text"/> <input type="text"/>									
	<input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> 3 - 10 <input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/> > 10 <input type="checkbox"/>									
Blood pressure reading	Initial <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Present <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									

3: General Practitioner's information

Doctor's name	<input type="text"/>									
Practice number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Telephone number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	Cellphone number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Email address	<input type="text"/>									
Postal address	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>									
	Postal code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									

I certify that the specific diagnosis indicated above relates to the medication that I have prescribed.

Signature of General Practitioner	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	----------------------	-------------	--