

Анкета состояния здоровья пациента

Уважаемый пациент!

Вам предлагается заполнить данную анкету, которая поможет врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Врач дополнительно сможет задать Вам вопросы по каждому из приведенных ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был заполнен.

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо обвести нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Некоторые пункты анкеты необходимо дополнить комментариями.

Имеются ли у Вас следующие заболевания или состояния?

Нарушения ритма сердца	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Гипертоническая болезнь	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания почек, мочевого пузыря	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Туберкулез, венерические заболевания, гепатиты	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Онкологические заболевания	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать какие)	ДА	НЕТ
Травмы (если были, указать какие и когда)	ДА	НЕТ
Операции (если были, указать какие и когда)	ДА	НЕТ

Аллергические реакции (указать, на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты, на которые возникает аллергия) _____

Прием лекарственных препаратов на данный момент (указать- каких) _____

Дополнительно для женщин

Беременны ли Вы?	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	ДА	НЕТ

Гинекологические заболевания	ДА	НЕТ
Заболевания молочных желез	ДА	НЕТ

Дополнительно для мужчин

Заболевания предстательной железы	ДА	НЕТ
-----------------------------------	----	-----

Я достоверно ответил (а) на все пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

« _____ » _____ 20__ г. Подпись пациента _____ / _____ (ФИО).