



МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Дата ___ / ___ / 2017г.

Общие данные:

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения ___ / ___ / ___ Профессия/род занятий _____

Адрес _____

Телефон _____ мобильный _____ E-Mail _____

Семейное положение _____ дети _____ Рост _____; Вес _____;

**ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ НА
СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:**

ДА/НЕТ

**ОБЪЯСНИТЕ ПОДРОБНЕЕ
ЕСЛИ УКАЗАЛИ ДА**

1. ЕСТЬ ЛИ У ВАС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. ТЕРЯЛИ ЛИ ВЫ СВОЮ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 4 НЕДЕЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. БЫЛИ ЛИ У ВАС ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И/ИЛИ ЛЕЧИЛИСЬ ЛИ ВЫ В БОЛЬНИЦЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. СТРАДАЕТЕ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В ПРОШЛОМ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, пневмония, туберкулез и т.д.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, стенокардия, инфаркт миокарда, пороки сердца, сердечная недостаточность, тромбозы, заболевания вен).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• психические и нервные болезни (потери сознания, эпилепсия, параличи, неврит, травмы головы, суицидальные попытки).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

<ul style="list-style-type: none"> пищеварительной системы (гастриты, язвенная болезнь, желтуха, заболевания печени, желчного пузыря и поджелудочной железы). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, цистит, пиелонефрит, простатит, аднексит). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> кожи (псориаз, дерматит, новообразования). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> опорно-двигательной системы (костей, суставов, позвоночника, мышц, связок, сухожилий, ревматизм, травмы). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> органов зрения (глаукома, катаракта, заболевания сетчатки). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> органов слуха (отиты, тугоухость). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> эндокринологическими или гематологическими заболеваниями (сахарный диабет, подагра, заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников, анемия, нарушения свертываемости крови). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> заболеваниями иммунной системы или инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, инфекционный гепатит). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> любые другие заболевания, нарушения или проблемы, не перечисленные выше (указать). 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> опухоли 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> любые грыжи 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> ревматизм 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> инсульт, нарушение мозгового кровообращения 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> пересадка органов 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> туберкулез 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. ДЕЛАЛИ ЛИ ВЫ ТЕСТ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, КОТОРЫЙ БЫЛ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. ВЫ ПРИНИМАЕТЕ КАКИЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ,	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ВКЛЮЧАЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ,
СНОТВОРНЫЕ, ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ?

7. ВЫ ПРИНИМАЕТЕ НАРКОТИКИ?

Да Нет

8. ЕСТЬ ЛИ У ВАС АЛЛЕРГИИ?

Да Нет

9. ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ ЛЕЧЕНИЕ ПО
ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ПЕРЕДАЮЩЕГОСЯ ПОЛОВЫМ
ПУТЕМ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО
ГОДА? БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ
ВЕНЕРИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?

Да Нет

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ УКАЗАННЫЕ СИМПТОМЫ?

Да/Нет

**Объясните подробнее
ЕСЛИ УКАЗАЛИ ДА**

10. ИЗМЕНЕНИЕ ВЕСА

Да Нет

11. ИЗМЕНЕНИЯ АППЕТИТА

Да Нет

12. ЧАСТО ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА,
ОЗНОБ

Да Нет

13. НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ,
ИЗМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЧИ

Да Нет

14. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Да Нет

15. НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ

Да Нет

16. ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ

Да Нет

17. БОЛИ ИЛИ ДИСКОМФОРТ В ЖИВОТЕ

Да Нет

18. НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ,
ИЗЖОГИ, ГАЗЫ, ЗАПОРЫ

Да Нет

19. НАРУШЕНИЯ СНА

Да Нет

20. ИЗМЕНЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ,
НАПРЯЖЕНИЕ, ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА,
СТРАХИ

Да Нет

21. ПРОБЛЕМЫ ДОМА /В СЕМЬЕ

Да Нет

22. ПРОБЛЕМЫ НА РАБОТЕ

Да Нет

23. НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

Да Нет

24. НАРУШЕНИЕ СЛУХА/ЗАБОЛЕВАНИЯ
УШЕЙ

Да Нет

25. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОВЫХ/ЛОБНЫХ
ПАЗУХ/ ГАЙМОРИТ/СИНУСИТ

Да Нет

26. НАРУШЕНИЯ
ГЛОТАНИЯ/ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРЛА

Да Нет

27. КАШЕЛЬ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28. КРОВЬ В СЛЮНЕ / В МОКРОТЕ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29. НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
30. БОЛИ, ДАВЛЕНИЕ ИЛИ НЕПРИЯТНОЕ ОЩУЩЕНИЕ В ГРУДИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31. НАРУШЕНИЕ ПУЛЬСА ИЛИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32. ОТЕЧНОСТЬ ИЛИ БОЛИ В СУСТАВАХ / РУКАХ / КОЛЕНЯХ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
35. ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
36. БОЛИ В СПИНЕ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
37. СЛАБОСТЬ, УСТАЛОСТЬ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
38. ЛЕГКО ПОЛУЧАЕМЫЕ КРОВОПОДТЕКИ И СИНЯКИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
39. НАРУШЕНИЯ ПОХОДКИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
40. НАРУШЕНИЯ ПРИ ХОДЬБЕ, СИДЕНИИ, ЛЕЖАНИИ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
41. БОЛИ И ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТЬ ТАЗА.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ВАШ ОБРАЗ ЖИЗНИ	
42. ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА	
• сидячий образ (никакой нагрузки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• слабая нагрузка (подъем по лестнице, прогулка до 3 кварталов, гольф)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• регулярная физическая нагрузка (работа или активный отдых 4 раза в неделю по 30 мин)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ПИТАНИЕ:	
43. ВЫ НА ДИЕТЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
44. ЕСЛИ ДА, НАЗНАЧИЛ ЛИ ВАМ ВРАЧ ДИЕТУ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
АЛКОГОЛЬ:	
45. ВАС БЕСПОКОИТ КОЛИЧЕСТВО АЛКОГОЛЯ, КОТОРОЕ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
46. У ВАС БЫЛИ ЗАПОИ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

КУРЕНИЕ:

47. ВЫ КУРИТЕ?

Да Нет

48. СКОЛЬКО СИГАРЕТ В ДЕНЬ? _____

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:

49. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРЕСС СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ДЛЯ ВАС?

Да Нет

50. ЧУВСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ДЕПРЕССИЮ?

Да Нет

51. ВЫ ПАНИКУЕТЕ ПРИ СТРЕССЕ?

Да Нет

52. У ВАС ИЗМЕНИЛСЯ АППЕТИТ?

Да Нет

53. ВЫ ЧАСТО ПЛАЧЕТЕ?

Да Нет

54. ВЫ КОГДА-НИБУДЬ ПЫТАЛИСЬ ПОКОНЧИТЬ С СОБОЙ?

Да Нет

55. ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЕРЬЕЗНО ДУМАЛИ О НАНЕСЕНИИ СЕБЕ ТРАВМЫ?

Да Нет

56. ВЫ ХОРОШО СПИТЕ?

Да Нет

57. ВЫ КОГДА-ЛИБО ОБРАЩАЛИСЬ К ПСИХОТЕРАПЕВТУ?

Да Нет

Подпись _____ / _____ /