

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

**(ФИО)** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

<b>ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА</b>	<b>РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННЫЕ ДИАГНОЗЫ</b>	<b>УПОТРЕБЛЯЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ</b>
<b>СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<input type="checkbox"/> Боли за грудиной <input type="checkbox"/> Отдышка при физической нагрузке <input type="checkbox"/> Отеки нижних конечностей <input type="checkbox"/> Перебои в работе сердца	<input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь: степень _____ стадия _____ риск _____ <input type="checkbox"/> Пороки сердца _____ <input type="checkbox"/> Стенокардия _____ <input type="checkbox"/> Ишемическая болезнь _____ <input type="checkbox"/> Нарушения ритма сердца _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ</b>		
<input type="checkbox"/> Приступы удушья в холодное время <input type="checkbox"/> Дистанционные свистящие хрипы <input type="checkbox"/> Длительный субфебрилитет <input type="checkbox"/> Кашель более 3 месяцев <input type="checkbox"/> Потеря массы тела	<input type="checkbox"/> Бронхиальная астма _____ <input type="checkbox"/> Туберкулез (БК+) (БК-) _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<input type="checkbox"/> Сильная жажда <input type="checkbox"/> Большой объем мочи <input type="checkbox"/> Тремор конечностей при голоде <input type="checkbox"/> Апатия, ухудшение памяти и работоспособности <input type="checkbox"/> Мексидерма (бронзовая кожа) <input type="checkbox"/> Повышение АД утром и при нагрузке <input type="checkbox"/> Чувство страха при повышении АД <input type="checkbox"/> Боли в поясничной области	<input type="checkbox"/> Сахарный диабет 1 тип      2 тип. <input type="checkbox"/> Гипотиреоз _____ <input type="checkbox"/> Феохромоцитома _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ</b>		
<input type="checkbox"/> Гиперпластический синдром (увеличение лимфоузлов и миндалин) <input type="checkbox"/> Анемический синдром (головокружение и бледность кожных покровов) <input type="checkbox"/> Геморрагический синдром (спонтанные кровотечения, внутрисуставные	<input type="checkbox"/> Лейкозы _____ <input type="checkbox"/> Лимфопролиферативные заболевания _____ <input type="checkbox"/> Гемофилия _____ <input type="checkbox"/> Тромбоцитопения _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	

кровотечения при травме)		
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ</b>		
<input type="checkbox"/> Эритема на носу и щеках <input type="checkbox"/> Боль в суставах (артралгия) <input type="checkbox"/> Малый объем мочи при отеках (мочевой синдром)	<input type="checkbox"/> Системная красная волчанка _____ <input type="checkbox"/> Дерматомиозит _____ <input type="checkbox"/> Системная склеродермия _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК</b>		
<input type="checkbox"/> Боли в поясничной области <input type="checkbox"/> Отечный синдром <input type="checkbox"/> Рези при мочеиспускании <input type="checkbox"/> Частые заболевания ангиной	<input type="checkbox"/> Гломерулонефрит _____ <input type="checkbox"/> Мочекаменная болезнь _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
<b>ОРГАН/СИСТЕМА</b>	<b>НАИМЕНОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (СОСТОЯНИЯ)</b>	<b>УПОТРЕБЛЯЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ</b>
Аллергия (лекарственная, пищевая, другие)	<input type="checkbox"/> бытовая аллергия _____ <input type="checkbox"/> пищевая аллергия _____ <input type="checkbox"/> медикаментозная аллергия _____	
Заболевания печени	<input type="checkbox"/> Гепатит А, В, С _____ <input type="checkbox"/> Цирроз печени _____ <input type="checkbox"/> Другое _____	
Иммунодефицитные состояния	<input type="checkbox"/> СПИД _____ <input type="checkbox"/> Другие _____	
Заболевания костной ткани	<input type="checkbox"/> Остеомиелит _____ <input type="checkbox"/> Остеопороз _____ <input type="checkbox"/> Остеоартроз _____ <input type="checkbox"/> Другие _____	
Психические заболевания	<input type="checkbox"/> Шизофрения _____ <input type="checkbox"/> Другие _____	
Химио или лучевая терапия	<input type="checkbox"/> В связи с заболеванием _____	
Постоянная головная боль	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Периоды потери сознания, головокруж., припадки	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Опыт употребления наркотических веществ	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____ <input type="checkbox"/> Когда в последний раз _____	
Злоупотребление алкоголем	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Венерические заболевания	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	

Остеохондроз шейного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Заболевание придаточных пазух, носа, лба (гаймориты, фронтиты)	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Рецидивирующие язвы и (или) инфекции полости рта и (или) др. заболевания слизистой оболочки полости рта	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Скрежет, стискивание зубов	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Любая боль вокруг ушей, клацанье, хлопанье, хрустящий звук во время жевания	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Возникали ли когда-нибудь припухлость или образование затвердений во рту?	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Было ли у Вас заболевание слюнных желез	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	
Беременность (срок), кормление грудью (для женщин)	<input type="checkbox"/> ДА _____ <input type="checkbox"/> НЕТ _____	

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

---

Я знаю, что в случае начала приема лекарственных препаратов после даты заполнения данной анкеты, я должен(на) буду сообщить врачу об этом.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента  
(представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи ФИО