

Анамнез пациента (ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ)

Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____

Дата рождения: _____

Семейная/личная медицинская история: Отметьте все состояния/заболевания, которые могут иметь отношение к вам или к вашим матери или отцу.

Укажите данные о:	Себе	Мать	Отец	Укажите данные о:	Себе	Мать	Отец
Синдром дефицита внимания/Синдром дефицита внимания при гиперактивности				Головные боли/мигрени			
Алкоголизм				Порок сердца			
Анемия				ВИЧ			
Артрит				Болезнь почек (почечные заболевания)			
Тревожность				Проблемы психического здоровья			
Сотрясение мозга/травма головы				Пневмония			
Депрессия				Эпилепсия			
Диабет				Стафилококковая инфекция			
Наркотическая зависимость				Заболевание щитовидной железы			
Воспаление среднего уха				Инфекция мочевыводящих путей			
Экзема				Другое:			

Укажите историю операций и госпитализаций:

Дата	Хирургическая операция/операция/больница

Укажите все медикаменты, принимаемые пациентом:

Название лекарственного средства	Дозировка	Сколько раз в день

Домашняя среда:

Вы чувствуете себя в безопасности в своем доме? Да Нет

Испытывает ли ваша семья недостаток в еде? Да Нет

Только для женщин:

Была ли у вас когда либо менструация? Да Нет

Если да, в каком возрасте случилась первая менструация? _____

Заполнил(а): _____ Дата: _____

Анамнез пациента

(ВЗРОСЛЫЙ ПАЦИЕНТ)

Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____

Дата рождения: _____

Если вы принимаете лекарства, укажите их ниже:

Название лекарственного средства	Дозировка	Сколько раз в день

Семейная/личная медицинская история: Отметьте все состояния/заболевания, которые могут иметь отношение к вам или к вашим матери или отцу.

Укажите данные о:	Себе	Мать	Отец	Укажите данные о:	Себе	Мать	Отец
Синдром дефицита внимания/Синдром дефицита внимания при гиперактивности				Гастроэзофагеальное рефлюксное заболевание/изжога			
Алкоголизм				Головные боли/мигрени			
Болезнь Альцгеймера				Заболевание сердца			
Анемия				Гепатит/заболевание печени			
Тревожность				Высокий уровень холестерина			
Артрит				Высокое кровяное давление (гипертония)			
Астма				ВИЧ			
Тромбы				Психическое заболевание/расстройство			
Рак				Ожирение			
Хроническая обструктивная болезнь легких				Остеопороз			
Депрессия				Болезнь почек (почечные заболевания)			
Диабет				Эпилепсия			
Наркотическая зависимость				Цереброваскулярная болезнь			
Повышенное содержание жиров				Заболевание щитовидной железы			
Заболевание желчного пузыря				Другое:			

Укажите историю операций и госпитализаций:

Дата	Хирургическая операция/операция/больница

Вы употребляете алкоголь? Да Нет

Если вы употребляли алкоголь раньше, когда вы прекратили? _____

Употребляете ли вы в настоящее время любые рекреационные наркотики (в том числе марихуану)?

Да Нет

Если «да», какой тип? _____

Домашняя среда:

Вы чувствуете себя в безопасности в своем доме? Да Нет

Заполнил(а): _____ Дата: _____