

Анамнез пацієнта (ДИТИНА)

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Другий ініціал: _____

Дата народження: _____

Родинний/особистий анамнез: Позначте всі поля, які застосовуються до Вас або Вашої матері/батька.

Вкажіть анамнез для наступних осіб:	Ви самі	Матір	Батько	Вкажіть анамнез для наступних осіб:	Ви самі	Матір	Батько
СДУ/СДУГ				Головний біль/мігрень			
Алкоголізм				Порок серця			
Анемія				ВІЛ			
Артрит				Хвороби нирок			
Тривога				Порушення психічного здоров'я			
Струс мозку/травма голови				Пневмонія			
Депресія				Епілепсія			
Діабет				Стафілококова інфекція			
Вживання наркотиків				Захворювання щитовидної залози			
Вушні інфекції				Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ)			
Екзема				Інше:			

Вкажіть анамнез операцій та госпіталізацій:

Дата	Хірургічне втручання / операція / госпіталізація

Вкажіть будь-які препарати, які приймає пацієнт:

Назва препарату	Дозування	Скільки разів на добу

Домашня обстановка:

Чи відчуваєте ви себе вдома в безпеці? Так Ні

Чи відчуваєте ви, що ваша сім'я має достатньо продуктів харчування? Так Ні

Тільки для жінок:

Чи була у Вас колись менструація? Так Ні

Якщо так, вкажіть вік першої менструації. _____

Заповнив: _____ Дата: _____

Анамнез пацієнта

(ДОРОСЛИЙ)

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Другий ініціал: _____

Дата народження: _____

Якщо Ви приймаєте препарати, вкажіть їх нижче:

Назва препарату	Дозування	Скільки разів на добу

Родинний/особистий анамнез: Позначте всі поля, які застосовуються до Вас або Вашої матері/батька.

Вкажіть анамнез для наступних осіб:	Ви самі	Матір	Батько	Вкажіть анамнез для наступних осіб:	Ви самі	Матір	Батько
СДУ/СДУГ				ГЕРХ/печія			
Алкоголізм				Головний біль/мігрень			
Хвороба Альцгеймера				Захворювання серця			
Анемія				Гепатит/захворювання печінки			
Тривога				Високий рівень холестерину			
Артрит				Високий артеріальний тиск (гіпертонія)			
Астма				ВІЛ			
Тромби				Психічне захворювання/порушення			
Рак				Ожиріння			
ХОЗЛ				Остеопороз			
Депресія				Хвороби нирок			
Діабет				Епілесія			
Вживання наркотиків				Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК)			
Підвищений рівень ліпідів				Захворювання щитовидної залози			
Захворювання жовчного міхура				Інше:			

Вкажіть анамнез операцій та госпіталізацій:

Дата	Хірургічне втручання / операція / госпіталізація

Чи вживаєте Ви алкоголь? Так Ні

Якщо Ви раніше вживали алкоголь, то коли припинили? _____

Чи вживаєте Ви зараз будь-які наркотики (включаючи марихуану)? Так Ні

Якщо так, то якого типу? _____

Домашня обстановка:

Чи відчуваєте ви себе вдома в безпеці? Так Ні

Заповнив: _____ Дата: _____