

Анкета здоровья

ФИО: _____

Возраст: ____ Дата рождения: «__» ____ г. Рост ____ см Масса тела: ____ кг

Привычное артериальное давление: ____ / ____ mm Hg

Имеются ли у вас какие-либо хронические заболевания (отметьте):

	Гипертоническая болезнь		Вирусные гепатиты		Патологии щитовидной железы
	Стенокардия		Желчекаменная болезнь		Перенесенное нарушение мозгового кровообращения
	Бронхиальная астма		Сахарный диабет		Почечные заболевания (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь)
	Заболевания крови		Другое:		

Бывают ли у вас аллергические реакции, и если да, то на что именно? _____

Отметьте галочкой, если утверждение применимо к вам:

да	нет	Вы регулярно наблюдаетесь у стоматолога	да	нет	У вас были травмы позвоночника, головы или шеи
да	нет	Ваши зубы реагируют на холодное или горячее	да	нет	Вас беспокоят головные боли
да	нет	Ваши десны кровоточат	да	нет	Вас беспокоят боли в спине
да	нет	Вы страдаете бруксизмом (ночным скрежетом зубов)	да	нет	Вы испытываете головокружения
да	нет	У вас есть проблемы с носовым дыханием	да	нет	Вас беспокоит изжога или отрыжка
да	нет	Вас беспокоят боли в горле	да	нет	У вас случаются нарушения стула (запоры, учащенный жидкий стул)
да	нет	У вас есть проблемы со слухом	да	нет	Вы довольны своим весом
да	нет	Вас беспокоит шум в ушах	да	нет	У вас есть проблемы с мочеиспусканием (недержание, учащенное, болезненное)
да	нет	Вы часто болеете простудными заболеваниями	да	нет	Вас беспокоят высыпания или образования на коже
да	нет	У вас имеются проблемы с глазами и/или зрением	да	нет	У вас установлен электрокардиостимулятор
да	нет	Вы регулярно наблюдаетесь у окулиста	да	нет	Вы беременны (для женщин)