

# АНКЕТА

## Для профилактического обследования

I. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_ Полных лет \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Стаж работы на данном предприятии \_\_\_\_\_

II. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ВРЕДНОСТЬ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА И КАКУЮ \_\_\_\_\_

III. СОСТОИТЕ ЛИ ВЫ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ И ПО ПОВОДУ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ \_\_\_\_\_

Просим Вас ответить на вопросы, подчеркнув

«ДА» или «НЕТ»

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Нарастающая общая слабость, быстрая утомляемость _____   | да | нет |
| 2. Головные боли (длительные, приступообразные) _____   | да | нет |
| 3. Одышка при спокойной ходьбе или в покое _____  | да | нет |
| 4. Кашель длительный _____  | да | нет |
| 5. Стойкое понижение или отсутствие аппетита _____  | да | нет |
| 6. Понижение массы тела (веса) _____  | да | нет |
| 7. Учащение отрыжки воздухом _____  | да | нет |
| 8. Отрыжка кислым, горечью, тухлым _____  | да | нет |
| 9. Отрыжка пищей _____  | да | нет |
| 10. Избыточное слюноотделение _____   | да | нет |
| 11. Изжога _____  | да | нет |
| 12. Тошнота _____   | да | нет |
| 13. Рвота _____   | да | нет |
| 14. Затруднения или боли при глотании _____   | да | нет |
| 15. Боли или неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу _____                                       | да | нет |
| 16. Боли за грудиной или в грудной клетке _____   | да | нет |
| 17. Тяжесть или боли в подложечной области _____  | да | нет |
| 18. Боли в правом подреберье _____  | да | нет |
| 19. Боли в левом подреберье _____   | да | нет |
| 20. Боли в животе _____   | да | нет |
| 21. Боли или неприятные ощущения в области заднего прохода _____  | да | нет |
| 22. Ложные позывы в низ _____   | да | нет |
| 23. Стул лентовидный или типа «овечьего кала» _____   | да | нет |
| 24. Выделение крови из прямой кишки _____   | да | нет |
| 25. Запоры _____  | да | нет |
| 26. Поносы _____  | да | нет |
| 27. Вдутье живота _____   | да | нет |
| 28. Имеются ли у Вас родимые пятна, изменившие цвет или размеры за последнее время _____                      | да | нет |
| 29. Имеются ли у Вас незаживающие трещины или язвочки на языке, губах, слизистой рта, коже _____              | да | нет |
| 30. Уплотнение или опухоль в какой-либо части тела _____  | да | нет |
| 31. Уплотнение (узел) в молочной железе, выделения из сосков, изменение формы сосков или молочных желез _____ | да | нет |
| 32. Сукровичные водяные выделения из половых путей _____  | да | нет |
| 33. Контактные кровотечения _____   | да | нет |

34. Увеличение паховых лимфатических узлов \_\_\_\_\_ да нет
35. Зуд, изменение окраски кожных покровов в области половых путей \_\_\_\_\_ да нет
36. Затруднения и боли при мочеиспускании \_\_\_\_\_ да нет
37. Жалобы, не указанные в анкете \_\_\_\_\_

Заполняется врачом:

I. Дата осмотра \_\_\_\_\_ Артериальное давление \_\_\_\_\_

Масса тела \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_

Дополнение к анамнезу и данные объективного осмотра \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз: \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_

Направление на консультацию: \_\_\_\_\_

Назначенное обследование

Вид обследования	Дата проведения исследования	Результат (вписать только патологию)

II. Дата повторного осмотра \_\_\_\_\_

Заключительный диагноз

Фамилия врача

Назначенное лечение, куда будет направлен.

III. подлежит диспансеризации \_\_\_\_\_ да нет