

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

Имя: _____

Дата Рождения: _____

Пол: Мужской Женский

Гендерная Идентичность: _____

Работодатель: _____

Род Занятий: _____

Законченное образование: Среднее/GED Профессиональное 2 года Профессиональное 4 года Высшее

Члены семьи (супруг/супруга, дети, родители и т.д.): _____

Какие у вас цели в отношении собственного здоровья? (Питание, физическая активность и т.д.)

МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ

Поставьте галочку напротив каждого заболевания, от которого вы лечитесь или лечились. Прокомментируйте.

Чувства Восприятия

- Потеря Зрения
 Глаукома
 Катаракта
 Потеря Слуха
 Звон в Ушах
 Потеря Вкуса/Обоняния

Органы Дыхания

- Астма
 ХОБЛ/Эмфизема
 Рецидивирующий Бронхит
 Пневмония
 Хроническая Аллергия

Сердечно-Сосудистый

- Ишемическая Болезнь Сердца
 Стенокардия
 Аритмия
 Сердечная Недостаточность
 Гипертония
 Гиперлипидемии
 Кардиологические Процедуры/Операции

Желудочно-Кишечный

- Изжога/ГЭРБ
 Язва Желудка/Тонкой Кишки
 Синдром Раздраженного Кишечника (СРК)
 Воспаление Кишечника
 Геморрой
 Хронический Понос/ Запор
 Полипы Толстой Кишки

Эндокринной

- Диабет 1 или 2
 Гестационный Диабет
 Нарушение Щитовидной Железы
 Нарушение Надпочечников
 Нарушение Гормонального Баланса

Опорно-Двигательный

- Артрит
 Подагра
 Проблемы с Позвоночником
 Состояние Мышц
 Остеопороз
 Люпус/Волчанка
 Ревматоидный Артрит

Неврологический

- Головная Боль/Мигрень
 Припадки/Судорги
 Дрожь
 Потеря Памяти
 Инсульт
 Рассеянный Склероз

Кожа

- Угревая сыпь
 Экзема
 Псориаз
 Заболевание Ногтей
 Рак Кожи
 Меланома

Вид Рака и Лечение: _____

Психическое здоровье

- Депрессия
 Тревожность
 Биполярное Расстройство
 ПТСР (Посттравматическое Стрессовое Расстройство)
 ОКР (Обсессивно-Компульсивное Расстройство)
 СДВГ (Синдром Дефицита Внимания и Гиперактивности)
 Шизофрения

Мочеполовой

- Заболевания Почек/Камни
 Заболевания Мочевого Пузыря
 Недержание Мочи
 Заболевание Предстательной Железы
 Частые Инфекции Мочевыводящих Путей
 Сексуальная Дисфункция
 Инфекции, Передающиеся Половым Путем

История Женского Здоровья

Возраст Начала Менструаций: _____

 Регулярные Нерегулярные

Возраст Начала Менопаузы: _____

Беременностей: _____

Родившихся Живыми: _____

Вагинальных Родов: _____

Кесарева Сечения: _____

Выкидышей/Абортов: _____

Выскабливаний: _____

Комментарии: _____

Reviewed by: _____ Date: _____

affix label here

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ Перечислите все недавние операции с указанием даты и места проведения (включая колоноскопию). _____

Образ Жизни

Физические упражнения

Какие упражнения вы в настоящее время выполняете? _____ Как Часто? _____

Питание

Есть ли у вас ограничения в рационе: _____ Лекарства для Похудения: _____

Опьяняющие Вещества

Никотин: В Настоящее время В прошлом Как часто (в день): _____

Тип: Сигареты Сигары Трубка Жевательный табак Вейп

Алкоголь: В Настоящее время В прошлом Кол-во напитков (в неделю): _____

Тип: Пиво Вино Крепкие напитки

Марижуана: В Настоящее время В прошлом . Способ Применения: _____ Как Часто: _____

Кратом: В Настоящее время В прошлом

Грибы: В Настоящее время В прошлом

Другие Вещества: _____

Кокаин: В Настоящее время В прошлом

Использование Иглы: Да Нет

Героин: В Настоящее время В прошлом

Вождение в Нетрезвом Виде: Да Нет

Метамфетамин: В Настоящее время В прошлом

Восстановление от Зависимости: Нет Да Вид Лечение: _____

Интимная Жизнь

Сексуально Активный: Да Нет

Партнёр по Сексу: Один Несколько Мужчина Женщина Другое: _____

Способы Предохранения: Противозачаточные Средства, Тип: _____ Презерватив/Барьер

Проблемы Сексуального Здоровья: Нет Да, Тип: _____

Сон Восстановительный Сон: Да Нет

Храп: Да Нет

Регулярный Сон: Да Нет

Снотворное: Да Нет

Предварительное Медицинское Распоряжение

Есть ли у вас в настоящее время Предварительное Медицинское Распоряжение ? Да Нет

Семейная История Заполните известную историю генетической семьи. Усыновлены: Да Нет

Отец: Живой Умерший _____

Мать: Живая Умершая _____

Братья/сёстры: Живые Умершие _____

Бабушки: Живые Умершие _____

Дедушки: Живые Умершие _____

Другие: _____

ЛЕКАРСТВА Возьмите с собой на приём все лекарства и пищевые добавки, которые вы принимаете.

АЛЛЕРГИИ

Есть ли у вас аллергия на какие-либо лекарства? Нет Да, Перечислите лекарства и реакции _____

Есть ли у вас какие-либо проблемы с необходимым питанием, одеждой, жильём или транспортом? Да Нет

Чувствуете ли вы себя в безопасности в своем доме (физически/эмоционально/сексуально)? Да Нет

История жестокого обращения? Да Нет

Перечислите все, что, по вашему мнению, должен знать ваш врач: _____

Reviewed by: _____ Date: _____