

# ОБНОВЛЕНИЕ ИСТОРИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА



Имя: \_\_\_\_\_

Дата Рождения: \_\_\_\_\_

Пол:  Мужской  Женский

Гендерная Идентичность: \_\_\_\_\_

Род Занятий: \_\_\_\_\_

Какую цель вы ставите перед собой в отношении собственного здоровья? (Питание, физическая активность и т.д.) \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, помогите нам обновить вашу медицинскую информацию:**

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

## Предварительное Медицинское Распоряжение

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

**Лекарства** Есть ли у вас новые лекарства которые вы принимаете? Изменили ли вы способ приёма лекарств?  Да  Нет

*Пожалуйста, возьмите с собой на прием все ваши лекарства и пищевые добавки.*

## Образ Жизни

**Употребляете ли Вы:** Никотин: \_\_\_\_\_ Алкоголь: \_\_\_\_\_ Марихуана: \_\_\_\_\_ Другое: \_\_\_\_\_

**Интимная Жизнь:** Сексуально Активный: \_\_\_\_\_ Новый партнер: \_\_\_\_\_ Способы Предохранения: \_\_\_\_\_

**Проблемы с Сексуальным Здоровьем:** \_\_\_\_\_

**Качество Сна (Проблемы со Сном):** \_\_\_\_\_

У вас есть какие-либо проблемы по поводу необходимого питания, одежды, жилья или транспорта?  Да  Нет

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

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

## Физические Упражнения и Питание

Какие физические упражнения вы сейчас делаете? \_\_\_\_\_ Как Часто? \_\_\_\_\_

Изменения в Питании: \_\_\_\_\_

affix label here

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_