

АНКЕТА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

Ф.И.О., адрес:			
Дата обследования (день, месяц, год):			Пол:
Дата рождения (день, месяц, год):			Полных лет:
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?	Да	Нет
2	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
3	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?	Да	Нет
4	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?	Да	Нет
5	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет?	Да	Нет
6	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?	Да	Нет
7	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?	Да	Нет
8	Был ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)	Да	Нет
9	Был ли инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)	Да	Нет
10	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)?	Да	Нет
11	Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку?	Да	Нет
12	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?	Да	Нет
13	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно?	Да	Нет
14	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?	Да	Нет
15	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
16	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в	Да	Нет

	постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?		
17	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет
18	Бывало ли у Вас кровохарканье?	Да	Нет
19	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)?	Да	Нет
20	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	Да	Нет
21	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет
22	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да	Нет
23	Курите ли Вы? (курение - одной и более сигарет в день)	Да	Нет
24	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?	Да	Нет
25	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?	Да	Нет
26	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?	Да	Нет
27	Похмеляетесь ли Вы по утрам?	Да	Нет
28	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	До 30 минут	30 мин и более
29	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	Нет
30	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?	Да	Нет
31	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	Да	Нет
32	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?	Да	Нет
33	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?	Да	Нет
34	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?	Да	Нет
35	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?	Да	Нет
36	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?	Да	Нет
37	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?	Да	Нет

