

Дата заполнения _____

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____
Адрес _____ Телефон _____
Профессия _____ Наличие профвредностей _____
Операции _____
Травмы _____
Вес _____ Рост _____

Состояние самочувствия

	Жалобы	Как давно	Как часто
Головные боли			
Ангины, простуды			
Глаза			
Уши			
Десна, зубы			
Щитовидная железа			

Бронхи, легкие			
Сердце			
Давление			
Кровь			
Сосуды			
Позвоночник, суставы			
Желудок			
Кишечник			
Поджелудочная железа			

Печень			
Желчный пузырь			
Почки, мочевой пузырь			
Женские/муж. проблемы			
Варикозное расшир. вен			
Кожные проблемы			
Аллергия			
Нервная система			

Бессонница			
Повышенная утомляемость			
Волосы			
Ногти			
Что-то еще			

Количество сигарет в сутки _____ Количество воды в сутки _____

Сколько лет планируете прожить _____

Почему хотите быть здоровым _____

Интересуют ли новинки в области медицины? _____