



Здравствуйте!

Пока вы ожидаете приема врача, пожалуйста, заполните анкету. Это поможет доктору сократить время первичного опроса и уделить больше времени на консультацию. Если вы не знаете ответ на вопрос — просто не заполняйте эту графу.

Анкета пациента

1. ФИО: _____
2. Артериальное давление чаще всего, привычное _____ / _____ мм. рт. ст.
3. Артериальное давление максимальное _____ / _____ мм. рт. ст.
4. Пульс чаще всего, привычный _____ ударов в минуту.
5. Пульс максимальный _____ ударов в минуту.
6. Вы курите? НЕТ ДА — если ДА, то уточните:
 - длительность курения _____ лет;
 - количество сигарет в день _____ штук.
7. Если НЕТ, то курили ли Вы ранее? НЕТ ДА — если ДА, то уточните:
 - длительность курения _____ лет;
 - количество сигарет в день _____ штук;
 - не курите последние _____ лет.
8. Есть ли у вас аллергия НЕТ ДА — если ДА, то уточните, на что и какая

9. Принимаете ли Вы постоянно лекарства? НЕТ ДА
 (укажите названия лекарств, их дозы и время приема)

Название лекарства	Доза	Время приема

10. Есть ли у Вас?

	НЕТ	ДА	Как давно
Повышение давления			_____ лет
Ишемическая болезнь сердца			_____ лет
Аритмия, сердцебиение			_____ лет
Сахарный диабет			_____ лет
Был ли у Вас инсульт			_____ лет
Был ли у Вас инфаркт			_____ лет
Родственники, имеющие повышение давления, заболевания сердца, перенесшие инфаркт или инсульт			_____ возраст