**Анкета о состоянии здоровья**

**Уважаемые студенты! Благодарим за участие в опросе!**

**После заполнения персональной части, обведите или подчеркните подходящий для Вас вариант ответа.**

**1 ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3 Учебное заведение, номер группы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 Имеется ли у Вас инвалидность?** нет да, группа 1 2 3, инвалид с детства,

 срок инвалидности до\_\_\_, бессрочно

**5 Имеются ли у Вас аллергические реакции?** нет да, медикаментозная (указать препараты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бытовая, сезонная

**6 Проводились ли Вам гемотрансфузии (переливание крови)?** нет да

**7 Проводились ли Вам операции?** нет да, когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ какая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8 Вредные привычки** нет да, курение, кол-во сигарет в день\_\_\_\_\_, употребление спиртного, употребление психотропных веществ

**9 Имеются у Вас ли хронические заболевания?** нет да, Сахарный диабет, Бронхиальная астма,

Гастрит с частыми обострениями, Язвенная болезнь желудка, Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, Панкреатит, Гепатит, Гломерулонефрит, Пиелонефрит, Анемия, Врожденный порок сердца, Другие врожденные пороки, Артериальная гипертензия, Нарушения ритма сердца, Вегето-сосудистая дистония (ВСД), другие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С какого года у вас указанное заболевание? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какое лечение получаете? (указать принимаемые лекарственные средства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10 Укажите свой рост** \_\_\_\_\_\_ **вес** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11 Имеются ли жалобы в настоящее время?** нет да (какие?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12 Занимаетесь ли вы спортом?** нет да Каким видом спорта? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящая анкета создана для ускорения проведения профилактического медицинского осмотра. Указанные вами сведения необходимы исключительно для врачей СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника № 76» для дальнейшего полноценного наблюдения за вашим состоянием здоровья в период обучения и будут храниться в вашей медицинской карте. Убедительно просим отнестись с пониманием и ответственностью к заполнению данной анкеты, наша работа направлена на улучшение вашего здоровья. Врачи и медицинские сестра нашей поликлиники всегда открыты к общению и готовы вам помочь.