

Форма для сбора анамнеза стоматологического пациента

Ф.И.О.	Дата рождения:	
Адрес:	Тел.:	
Семейное положение:	Пол:	Род занятий:
Испытываете ли вы чувство боли или дискомфорта в настоящее время? <input type="checkbox"/>		
Вы сильно нервничаете перед предстоящим стоматологическим лечением? <input type="checkbox"/>		
Были ли у Вас опыт негативного общения со стоматологом? <input type="checkbox"/>		
Лечились ли Вы стационарно в течение прошедших двух лет? <input type="checkbox"/>		
Наблюдались ли Вы у врача последние два года (у любого врача)? <input type="checkbox"/>		
Принимали ли Вы продолжительно какие либо препараты в течении последних двух лет? <input type="checkbox"/>		
Есть ли у Вас аллергия (т.е. зуд кожи, кожная сыпь, отёки, конъюнктивит и т.д.), Вы страдаете после приёма пенициллина, аспирина, кодеина или других лекарственных препаратов? <input type="checkbox"/>		
Было ли у Вас сильное кровотечение, требующее соответствующего лечения? <input type="checkbox"/>		
Когда Вы поднимаетесь по лестнице или идёте, приходится ли Вам останавливаться из-за боли в грудной клетке и нехватки дыхания? <input type="checkbox"/>		
У Вас отекают ноги за день? <input type="checkbox"/>		
Вы принимаете снотворные/релаксирующие препараты либо антидепрессанты? <input type="checkbox"/>		
Вы когда-нибудь просыпались от нехватки дыхания? <input type="checkbox"/>		
Вы придерживаетесь специальной диеты? <input type="checkbox"/>		
Вы страдаете онкологическими заболеваниями? <input type="checkbox"/>		
У Вас есть заболевания, состояния или проблемы, которые не перечислены выше? <input type="checkbox"/>		
Отметьте те состояния, которые у Вас были, когда то или имеются в настоящее время:		
Остановка сердца <input type="checkbox"/>	Кашель <input type="checkbox"/>	Гепатит С <input type="checkbox"/>
Сердечные заболевания <input type="checkbox"/>	Туберкулез <input type="checkbox"/>	Желтуха <input type="checkbox"/>
Стенокардия <input type="checkbox"/>	Астма <input type="checkbox"/>	Заболевания печени <input type="checkbox"/>
Высокое кровяное давление <input type="checkbox"/>	Сенная лихорадка <input type="checkbox"/>	Заб. пищеварительной сист. <input type="checkbox"/>
Аритмии <input type="checkbox"/>	Заболевания пазух носа <input type="checkbox"/>	Гемотрансфузии <input type="checkbox"/>
Ревматизм <input type="checkbox"/>	Аллергия, крапивница <input type="checkbox"/>	Лекарственная зависимость <input type="checkbox"/>
Врождённые пороки сердца <input type="checkbox"/>	Сахарный диабет <input type="checkbox"/>	Гемофилия <input type="checkbox"/>
Скарлатина <input type="checkbox"/>	Заболевания щитовид. желез <input type="checkbox"/>	Венерические заболевания <input type="checkbox"/>
Искусств. сердечный клапан <input type="checkbox"/>	Лучевое лечение <input type="checkbox"/>	Герпес <input type="checkbox"/>
Водитель ритма сердца <input type="checkbox"/>	Химиотерапия <input type="checkbox"/>	Генитальный герпес <input type="checkbox"/>
Операции на сердце <input type="checkbox"/>	Артриты <input type="checkbox"/>	Эпилепсия <input type="checkbox"/>
Искусственные суставы <input type="checkbox"/>	Стероидная терапия <input type="checkbox"/>	Нарушения координации <input type="checkbox"/>
Анемия <input type="checkbox"/>	Глаукома <input type="checkbox"/>	Носорозы <input type="checkbox"/>
Нарушение мозгового кровообр. <input type="checkbox"/>	Боль в суставах <input type="checkbox"/>	Психиатрическое лечение <input type="checkbox"/>
Заболевания почек <input type="checkbox"/>	СПИД <input type="checkbox"/>	Малярия <input type="checkbox"/>
Язвы <input type="checkbox"/>	Гепатит А <input type="checkbox"/>	У Вас легко возникают синяки? <input type="checkbox"/>
Эмфизема <input type="checkbox"/>	Гепатит Б <input type="checkbox"/>	
Для женщин		
Вы сейчас беременны? <input type="checkbox"/>		
Принимаете ли Вы контрацептивные препараты? <input type="checkbox"/>		
Вы собираетесь забеременеть? <input type="checkbox"/>		
<i>Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моём состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно информирую об этом своего стоматолога в следующее посещение.</i>		

Дата: _____

Врач: _____

Пациент: _____