

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (ПЕДИАТРИЯ)

Имя и фамилия пациента: _____ Предпочитаемое пациентом обращение: _____ Дата рождения _____
Фамилия, имя, средний инициал Имя месяц/день/год

ДА НЕТ Имеется ли у пациента одно из следующих состояний?

- Низкое содержание форменных элементов крови, требующее ношения маски ребенком
- Устойчивый кашель, длящийся более 3 недель, ИЛИ кровяные выделения при кашле
- Имеет контакт или болеет туберкулезом

*****Если Вы утвердительно ответили хотя бы на один из вопросов выше, пожалуйста, остановитесь. Подойдите к стойке администратора для получения дальнейших указаний*****

ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:

Кто является врачом общей практики для пациента? _____

Врач общей практики: _____ Адрес _____ Телефон: _____

ДА НЕТ Оказывалась ли пациенту помощь в течение последнего года в связи с физическим, эмоциональным состоянием, расстройствами развития или поведения?

ДА НЕТ Связан ли кто-либо из лечащих врачей пациента со следующими учреждениями: University of Minnesota Health, University of Minnesota Children's Hospital, University of Minnesota Physicians или Fairview Health Services and Clinics?

ДА НЕТ Подвергался ли пациент хирургическим манипуляциям или операциям, посещал отделение неотложной помощи или получал стационарное лечение в больнице?

ДА НЕТ Вакцинирован ли пациент против обычных детских инфекционных заболеваний?

ДА НЕТ Имеется ли беременность в настоящий момент?

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:

ДА НЕТ Испытывал ли пациент в прошлом или испытывает ли в настоящее время заболевания, проблемы или состояния, имеющие отношение к любому из перечисленных ниже пунктов?

Если да, отметьте все подходящие варианты.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Поведенческие, эмоциональные и (или) психические расстройства | <input type="checkbox"/> Проблемы с приемом пищи, глотанием, диетой, питанием и (или) усвоением пищи | <input type="checkbox"/> Почки и мочеполовая система |
| <input type="checkbox"/> Врожденные пороки и синдромы | <input type="checkbox"/> Физические упражнения и двигательные реакции | <input type="checkbox"/> Печень, желудок и кишечник |
| <input type="checkbox"/> Кровь, кровотечения | <input type="checkbox"/> Голова, глаза, уши, нос и горло | <input type="checkbox"/> Легкие, дыхательные пути и дыхание |
| <input type="checkbox"/> Кости, суставы и соединительная ткань | <input type="checkbox"/> Гормоны и беременность | <input type="checkbox"/> Мышцы, нервная система и рефлексы |
| <input type="checkbox"/> Головной и спинной мозг | <input type="checkbox"/> Сердце и кровеносные сосуды | <input type="checkbox"/> Органы чувств и сенсорные проблемы |
| <input type="checkbox"/> Осложнения перед и (или) во время родов | <input type="checkbox"/> Рост и вес | <input type="checkbox"/> Речь и язык |
| <input type="checkbox"/> Задержка умственного развития и (или) другие нарушения развития | <input type="checkbox"/> Инфекционные заболевания и иммунная система | <input type="checkbox"/> Кожные покровы и железы |
- Опишите отмеченное вами состояние (состояния) или предоставьте информацию о любых заболеваниях, проблемах или состояниях, не упомянутых в списке

