

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Текущая дата: _____

Анкета для новых пациентов

Имя и фамилия основного врача: _____

Основная клиника: _____

 Была ли рекомендована консультация? Да Нет

 Имя и фамилия направившего врача
 (если отличается): _____

Ответьте на следующие вопросы для упрощения постановки диагноза.

Причины обращения к врачу:

- Да Нет Проблемы с носом или околоносовыми пазухами
 Да Нет Проблемы с глазами
 Да Нет Астма
 Да Нет Кашель
 Да Нет Экзема
 Да Нет Крапивница (см. стр. 4)
 Да Нет Реакция на продукты питания (см. стр. 4)
 Да Нет укусы насекомых (см. стр. 5)
 Да Нет Другое

Если у вас проблемы с носом или околоносовыми пазухами, есть ли у вас:

- Да Нет Заложенность носа
 Да Нет Насморк
 Да Нет Чесотка
 Да Нет Чихание
 Yes No Затруднение дыхания
 Да Нет Мокрота в горле
 Да Нет Желтая/зеленая слизь
 Да Нет Кровотечение
 Да Нет Слабое обоняние
 Да Нет Носовые полипы в анамнезе
 Да Нет Операция на околоносовых пазухах в анамнезе Дата: _____
 Да Нет Синусовые головные боли
 Да Нет Инфекции околоносовых пазух в анамнезе Сколько за последний год? _____
 Да Нет Использовали ли вы спреи для носа? Если да, какие: _____
 Да Нет Использовали ли вы таблетки для симптоматического лечения? Если да, какие: _____

Если у вас проблемы с глазами, есть ли у вас:

- Да Нет Зуд
 Да Нет Слезоточивость
 Да Нет Покраснение
 Да Нет Жжение
 Да Нет Выделения/шелушение
 Да Нет Использовали ли вы капли для глаз? Если да, какие: _____

Когда возникают проблемы с носом, околоносовыми пазухами или глазами?

Заметки лечащего врача

Заметки лечащего врача

Имя и фамилия: _____
 Дата рождения: _____
 Текущая дата: _____

Анкета для новых пациентов

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Весной | <input type="checkbox"/> Утром |
| <input type="checkbox"/> Летом | <input type="checkbox"/> Вечером |
| <input type="checkbox"/> Осенью | <input type="checkbox"/> Во время сна |
| <input type="checkbox"/> Зимой | <input type="checkbox"/> На работе или в школе |
| <input type="checkbox"/> Постоянно | <input type="checkbox"/> На улице |
| | <input type="checkbox"/> В помещении |

Что обостряет проблемы с носом, околоносовыми пазухами или глазами?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Кошки | <input type="checkbox"/> Скошенная трава |
| <input type="checkbox"/> Собаки | <input type="checkbox"/> Опавшие листья |
| <input type="checkbox"/> Пыль | <input type="checkbox"/> Жара |
| <input type="checkbox"/> Физические нагрузки | <input type="checkbox"/> Перепады температуры |
| <input type="checkbox"/> Простуда/инфекция | <input type="checkbox"/> Духи/запахи |
| <input type="checkbox"/> Табачный дым | <input type="checkbox"/> Продукты питания: _____ |
| <input type="checkbox"/> Влажность | <input type="checkbox"/> Лекарства: _____ |
| <input type="checkbox"/> Холод | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Если у вас астма или кашель, есть ли у вас:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Хрип |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Одышка |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Тяжесть в груди |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Кашель во время сна |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Продуктивный кашель с мокротой |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Изжога |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Диагноз «астма» |
| | | Возраст, в котором поставлен диагноз: _____ |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Симптомы в детском анамнезе |
| | | Если да, в каком возрасте начались: _____ |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Госпитализация с астмой в анамнезе |
| | | Если да, сколько раз: _____ |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Обращение в скорую из-за астмы в анамнезе |
| | | Если да, сколько раз: _____ |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Случаи отсутствия в школе или на работе из-за этих симптомов за последний год |
| | | Если да, сколько раз: _____ |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Случаи использования ингаляторов для симптоматического лечения |
| | | Если да, каких: _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |

Когда возникают симптомы астмы или кашель?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Весной | <input type="checkbox"/> Утром |
| <input type="checkbox"/> Летом | <input type="checkbox"/> Днем |
| <input type="checkbox"/> Осенью | <input type="checkbox"/> Вечером |
| <input type="checkbox"/> Зимой | <input type="checkbox"/> Ночью |
| <input type="checkbox"/> круглый год | <input type="checkbox"/> Дома |
| | <input type="checkbox"/> На работе или в школе |

Что обостряет симптомы астмы или кашель?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Животные | <input type="checkbox"/> Простуда |
| <input type="checkbox"/> Пыль | <input type="checkbox"/> Влажность воздуха |
| <input type="checkbox"/> Дым | <input type="checkbox"/> Физические нагрузки |

Заметки лечащего врача

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Текущая дата: _____

Анкета для новых пациентов

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Продукты питания | <input type="checkbox"/> Холодный воздух |
| <input type="checkbox"/> Инфекции | <input type="checkbox"/> Лекарства: _____ |

Домашняя обстановка

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Дом | <input type="checkbox"/> В городе |
| <input type="checkbox"/> Квартира/ кондоминиум | <input type="checkbox"/> В деревне, в лесу или у озера |
| <input type="checkbox"/> Дом на колесах | <input type="checkbox"/> В пригороде |
| <input type="checkbox"/> Кошки Сколько? _____ | <input type="checkbox"/> Табачный дым |
| <input type="checkbox"/> Собаки Сколько? _____ | <input type="checkbox"/> Воздушное отопление |
| <input type="checkbox"/> Птицы | <input type="checkbox"/> Дровяная печь или камин |
| <input type="checkbox"/> Другие домашние животные | <input type="checkbox"/> Кондиционер |
| <input type="checkbox"/> Перьевые подушки | <input type="checkbox"/> Сырой подвал |
| <input type="checkbox"/> Пуховые одеяла | <input type="checkbox"/> Плесень |
| <input type="checkbox"/> Ковер в спальне | <input type="checkbox"/> Централизованная система очистки воздуха |
| <input type="checkbox"/> Комнатный очиститель воздуха | |

Общественное положение

Род деятельности: _____

Если вы ребенок, то в основном проживаете:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> В одном месте | <input type="checkbox"/> В нескольких местах |
|--|--|

 Виды досуга: _____

Обзор систем организма *Обведите все применимое*

| | | | |
|--------------|------------|-------------|-----------------------|
| <i>Общая</i> | Набор веса | Потеря веса | Изменение времени сна |
|--------------|------------|-------------|-----------------------|

| | | | |
|--------------|--------------|-----------------|----------------|
| <i>Ушная</i> | Заложенность | Ухудшение слуха | Головокружение |
|--------------|--------------|-----------------|----------------|

| | | | |
|----------------|------|--------------------|-------|
| <i>Носовая</i> | Храп | Изменение обоняния | Слизь |
|----------------|------|--------------------|-------|

| | | | |
|-----------------|---------|---------------|----------------------|
| <i>Горловая</i> | Хрипота | Болезненность | Затруднение глотания |
|-----------------|---------|---------------|----------------------|

| | | | |
|--------------------|--------|------|---------|
| <i>Дыхательная</i> | Одышка | Хрип | Мокрота |
|--------------------|--------|------|---------|

| | | | |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------|
| <i>Сердечно-сосудистая</i> | Боль в груди | Отек голеностопного сустава | Учащенный пульс |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------|

| | | | |
|---------------------------|---------|--------|---------|
| <i>Желудочно-кишечная</i> | Тошнота | Изжога | Рефлюкс |
|---------------------------|---------|--------|---------|

| | | | |
|--------------------------|-----------------|------------------------|---------------|
| <i>Скелетно-мышечная</i> | Боль в суставах | Скованность в суставах | Отек суставов |
|--------------------------|-----------------|------------------------|---------------|

| | | | |
|------------------------|----------|----------|----------|
| <i>Неврологическая</i> | Судороги | Обмороки | Слабость |
|------------------------|----------|----------|----------|

| | | |
|------------------------|----------------------------|---------|
| <i>Психиатрическая</i> | Резкая перемена настроения | Тревога |
|------------------------|----------------------------|---------|

| | | | |
|--------------------|------------------------|----------------------|--------|
| <i>Эндокринная</i> | Непереносимость холода | Непереносимость жары | Тремор |
|--------------------|------------------------|----------------------|--------|

| | | |
|-------------------------|--------------|--------|
| <i>Гематологическая</i> | Кровотечение | Синяки |
|-------------------------|--------------|--------|

| | | | |
|---------------|------|-----------|----------------------------|
| <i>Кожная</i> | Сыпь | Шелушение | Изменение состояния ногтей |
|---------------|------|-----------|----------------------------|

Крапивница

Если вас беспокоит крапивница, ответьте на вопросы ниже:
Возникают ли параллельно следующие симптомы?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Хрип |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Затрудненное глотание |

Заметки лечащего врача

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Текущая дата: _____

Анкета для новых пациентов

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Тяжесть в горле |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Спазмы в животе |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Отек губ/век/рук/ног |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Вы в состоянии повышенного стресса? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Вы недавно принимали новые лекарства или пищевые добавки? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Менялась ли недавно доза ваших лекарств? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | У вас недавно были инфекции? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Вы контактируете с латексом? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | У вас был гепатит? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Была ли у вас или у ваших близких повышенная или пониженная функция щитовидной железы? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Были ли у вас или у ваших близких волчанка или ревматоидный артрит? |
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | Была ли у ваших близких крапивница или отек? |

Что из перечисленного вызывает крапивницу или опухание?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Жара | <input type="checkbox"/> Холод |
| <input type="checkbox"/> Физические нагрузки | <input type="checkbox"/> Стресс |
| <input type="checkbox"/> Давление | <input type="checkbox"/> Продукты питания |
| <input type="checkbox"/> Лекарства | <input type="checkbox"/> Аспирин/ибупрофен |
| <input type="checkbox"/> Продукты питания | <input type="checkbox"/> Менструация |

Если вас беспокоит пищевая аллергия, ответьте на вопросы ниже:**Какие симптомы возникают после употребления определенных продуктов?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Крапивница | <input type="checkbox"/> Боль в животе |
| <input type="checkbox"/> Воспаление горла | <input type="checkbox"/> Рвота |
| <input type="checkbox"/> Першение в горле | <input type="checkbox"/> Диарея |
| <input type="checkbox"/> Заложенность носа | <input type="checkbox"/> Астма |
| <input type="checkbox"/> Экзема | <input type="checkbox"/> Другое |

Сколько нужно съесть, чтобы возникла реакция? _____

Через какое время после еды возникают симптомы? _____

-
- Да
-
- Нет Вы знаете, какие продукты вызывают реакцию?

Если да, какие: _____

-
- Да
-
- Нет Требовала ли реакция посещения отделения неотложной помощи или госпитализации?

Если да, когда? _____

Укусы насекомых**Если вас беспокоят укусы насекомых, ответьте на вопросы ниже:****Какие симптомы возникают после укуса насекомого?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Крапивница | <input type="checkbox"/> Боль в животе |
| <input type="checkbox"/> Воспаление горла | <input type="checkbox"/> Рвота |
| <input type="checkbox"/> Першение в горле | <input type="checkbox"/> Диарея |
| <input type="checkbox"/> Заложенность носа | <input type="checkbox"/> Астма |

Заметки лечащего врача

Имя и фамилия: _____
Дата рождения: _____
Текущая дата: _____

Анкета для новых пациентов

- Отек Потеря сознания

Сколько насекомых укусили вас непосредственно перед возникновением реакции? _____

Через какое время после укуса возникли симптомы? _____

Да Нет Вы знаете, какое насекомое (оса, шмель, шершень, пчела) вызывает реакцию?
Если да, какие: _____

Да Нет Требовала ли реакция посещения отделения неотложной помощи или госпитализации?
Если да, когда? _____

Что еще вы хотите сообщить доктору?

