

Медична Форма

Сьогоднішня дата _____

Ім'я _____

Дата народження _____

Чому ви звернулися в клініку? _____

Чи приймаєте ви на даний момент будь-які ліки, що відпускаються за рецептом; таблетки проти запліднення; продукція без рецепта; добавки чи вітаміни?

- Так
- Ні

Якщо так, то перелічіть _____

Назва ліків	Сила ліків	Скільки разів на день	Причина медицини	Закінчитись? Так/ ні

Чи є у вас алергія або у вас були реакції на будь-що з наступного:

	Так	Ні	Реакція	
Пеніцилін або інші антибіотики				
Кодеїн або інші наркотики				
Сульфаніламідні препарати				

Сьогоднішня дата _____

Сульфаніламід				
Йод				
Їжа				
Інше				

Чи є у вас історія будь-якого з наступного:

	Так	Ні
Проблеми серця		
Високий кров'яний тиск		
Астма або туберкульоз		
Епілепсія або судоми		
Головні болі, часті		
Цукровий діабет, високий або низький цукор		
Депресія або смуток		
Тривога або нервозність		
Інша проблема психічного здоров'я		
Інше		
Інше		

Ви коли-небудь робили операції? Так / ні

Якщо так, будь ласка, перерахуйте _____

Я підтверджую, що на запитання вище було надано точні відповіді, і я розумію, що надання невірної інформації може бути небезпечним для мого здоров'я.

Сьогоднішня дата _____

Підпис _____