

Добро пожаловать в Providence Medical Group Family Medicine

Предпочтительное имя и обращение: _____ Дата рождения: _____

Официальное имя (если отличается) _____

Ваше контактное лицо в экстренных случаях (имя и номер телефона) _____

Есть ли у вас медицинский представитель/доверенность? Да Нет

Если Ваш ответ «Да»: _____ Телефон: _____

Нам важно ваше здоровье. Благодарим вас за заполнение этой ДО-приемной анкеты, чтобы вместе мы смогли обеспечить вам медицинское обслуживание высочайшего качества и максимальное удобство.

Какой **наиболее важный** вопрос вы желаете рассмотреть в ходе сегодняшнего приема?

Если у нас будет время сегодня или на следующем приеме, какие еще проблемы вас беспокоят?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Каковы ваши цели в отношении здоровья? _____

Нужно ли вам сегодня пополнить **запас лекарственных препаратов, получить направления, заполненные формы или письмо для работы?** Да Нет

ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

Имеете ли вы сейчас или имелись ли в прошлом какие-либо из следующих заболеваний?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Анемия | <input type="checkbox"/> Депрессия | <input type="checkbox"/> Менингит |
| <input type="checkbox"/> Осложнения после анестезии | <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Сердечный приступ |
| <input type="checkbox"/> Тревожное расстройство | <input type="checkbox"/> Эмфизема | <input type="checkbox"/> Заболевания нервов / мышц |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Аллергические реакции на окружающую среду | <input type="checkbox"/> Остеопороз |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Кислотный рефлюкс (GERD) | <input type="checkbox"/> Судороги |
| <input type="checkbox"/> Переливание крови | <input type="checkbox"/> Глаукома | <input type="checkbox"/> Серповидноклеточная анемия |
| <input type="checkbox"/> Рак | <input type="checkbox"/> Шум в сердце | <input type="checkbox"/> Инсульт |
| <input type="checkbox"/> Катаракты | <input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД | <input type="checkbox"/> Злоупотребление психоактивными веществами |
| <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность (CHF) | <input type="checkbox"/> Повышенный уровень холестерина | <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы |
| <input type="checkbox"/> Тромб | <input type="checkbox"/> Повышенное артериальное давление | <input type="checkbox"/> Туберкулез |
| <input type="checkbox"/> ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) | | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Заболевание почек

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ

Отметьте любую из этих операций или процедур, которые у вас были, если применимо, и перечислите любые другие:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Аппендэктомия | <input type="checkbox"/> Кесарево сечение | <input type="checkbox"/> Замена сустава |
| <input type="checkbox"/> Операция на головном мозге | <input type="checkbox"/> Офтальмологическая операция | <input type="checkbox"/> Операция на тонкой кишке |
| <input type="checkbox"/> Операция на молочной железе | <input type="checkbox"/> Операция при переломе | <input type="checkbox"/> Операция на позвоночнике |
| <input type="checkbox"/> Коронарное шунтирование (CABG) | <input type="checkbox"/> Пластика грыжи | <input type="checkbox"/> Тонзиллэктомия |
| <input type="checkbox"/> Удаление желчного пузыря | <input type="checkbox"/> Гистерэктомия | <input type="checkbox"/> Перевязка маточных труб |
| <input type="checkbox"/> Операция на толстой кишке | <input type="checkbox"/> Простатэктомия | <input type="checkbox"/> Протезирование клапана |
| <input type="checkbox"/> Косметическая хирургия | <input type="checkbox"/> Другое _____ | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Лекарственные препараты: Укажите название, дозу и частоту приема лекарственного препарата.

Укажите рецепты, лекарственные препараты и добавки, отпускаемые без рецепта.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Аллергические реакции на лекарственные средства: Укажите лекарственный препарат и тип реакции. Если аллергических реакций нет, отметьте и пропустите этот раздел.

тип реакции. Если аллергических реакций нет, отметьте и пропустите этот раздел.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Если применимо/если известно:

1. Последний менструальный цикл - Дата: _____
2. В настоящее время кормите грудью? Да Нет
3. Когда в последний раз делали мазок Папаниколау (если делался не в Providence)? _____
4. Когда была последняя маммография (если делалась не в Providence)? _____
5. Когда была последняя колоноскопия (если делалась не в Providence)? _____

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Усыновлен/удочерена или неизвестно.

Семейные связи	Имя (необязательно)	Живой(-ая)	Заболевания родственников																
			Нет известных проблем	Артрит	Рак молочной железы	Рак толстой кишки	Рак – Другое	Нарушение свертываемости крови	Диабет	Болезнь сердца	Повышенное артериальное давление	Повышенный уровень холестерина	Заболевание почек	Болезнь печени	Заболевание легких	Психические расстройства	Инсульт	Злоупотребление психоактивными веществами	Другое
Мать		Да Нет																	
Отец		Да Нет																	
Сестра(-ы)		Да Нет																	
Брат(-ья)		Да Нет																	
Дочь (дочери)		Да Нет																	
Сын (сыновья)		Да Нет																	
Сестра(-ы) матери		Да Нет																	
Брат(-ья) матери		Да Нет																	
Сестра(-ы) отца		Да Нет																	
Брат(-ья) отца		Да Нет																	
Мамина мама		Да Нет																	
Мамин папа		Да Нет																	
Папина мама		Да Нет																	
Папин папа		Да Нет																	

Насколько возможно точнее отметьте, у кого из родственников были эти заболевания. Состояние здоровья ваших родителей, братьев и сестер очень важно.

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

Кто проживает с вами? _____

Кем приходится (если применимо): _____

Род занятий: _____

Хобби: _____

Вы сексуально активны? Да Нет

Если Ваш ответ «да»:

Партнеры (например, мужчины, женщины, небинарные и т. д.): _____

Сколько у вас было партнеров за последний год? 1 более 1

Вас интересует тестирование на инфекцию, передающуюся половым путем? Да Нет

Используете ли вы или ваш партнер противозачаточные средства,

и если да, то что вы используете? _____

Если не заботитесь о предупреждении беременности, то почему? Попытка забеременеть

Партнер(-ы) того же пола Другое

Были ли вы когда-нибудь в отношениях, связанных с физическими или словесными оскорблениями?

Да Нет

Находитесь ли вы сейчас в отношениях, связанных с физическими или словесными оскорблениями?

Да Нет

Употребляете ли вы **табачные** изделия? Да Нет Дата прекращения: _____

Никогда не употреблял табак

Если Ваш ответ «Да»: Сколько пачек/банок/картриджей в день? _____ Сколько лет? _____

Хотите бросить? Да Нет

Сколько раз в неделю вы занимаетесь спортом? _____ Какие упражнения вы делаете? _____

Мы спрашиваем всех наших взрослых пациентов об употреблении психоактивных веществ и настроении, потому что эти факторы могут повлиять на ваше здоровье. Если у вас возникли какие-либо вопросы, проконсультируйтесь со своим врачом. Ваши ответы в этой анкете останутся конфиденциальными.

Алкоголь: Одна порция =



12 унций
(350 мл)
пиво



5 унций
(150 мл)
вино



1,5 унции (45 мл)
спиртной напиток
(одна рюмка)

Ни одного 1 или больше

Сколько раз за последний год вы выпивали 4 или более порций в день?	○	○
---	---	---

Препараты: Рекреационные препараты включают метамфетамины (спид, кристалл), каннабис (марихуана, план), ингалянты (растворитель, аэрозоль, клей), транквилизаторы (валиум), барбитураты, кокаин, экстази, галлюциногены (ЛСД, грибы) или наркотики (героин).

Ни одного 1 или больше

Сколько раз за последний год вы употребляли рекреационные препараты или лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, по немедицинским причинам?	○	○
---	---	---

Настроение:

Никогда В отдельные дни Более половины времени Почти каждый день

В течение последних двух недель не беспокоило ли вас отсутствие интереса или удовольствия от своих занятий?	○	○	○	○
В течение последних двух недель не беспокоило ли вас чувство подавленности, депрессии или безнадежности?	○	○	○	○

Доступ к продуктам питания, транспорту и другим средствам основной поддержки может влиять на состояние здоровья человека. Вопросы ниже касаются этих средств поддержки. Ваши ответы помогут нам связать вас с необходимыми службами. Всех наших пациентов мы просим ответить на эти вопросы. Вы не обязаны заполнять эту анкету.

1. Приходилось ли вам в течение последних 12 месяцев беспокоиться о том, что продукты питания закончатся раньше, чем у вас появятся деньги на их покупку?

- Никогда
- Иногда
- Часто

2. Случалось ли в течение последних 12 месяцев, что купленной еды не хватало и у вас не было денег купить еще?

- Никогда
- Иногда
- Часто

3. Какие у вас сейчас жилищные условия?

- У меня есть постоянное место жительства
- Мне есть где жить в настоящее время, но я беспокоюсь, что в будущем это может измениться
- У меня нет постоянного места жительства (я временно проживаю с другими людьми, в отеле, приюте, на улице, на пляже, в машине, в заброшенном здании, на автобусной станции или железнодорожном вокзале, либо в парке)

4. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев поставщики электроэнергии, газа, топлива или воды угрожали отключить коммунальные услуги в вашем доме?

- Да
- Нет
- Уже отключены













5. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев из-за отсутствия доступа к транспорту вы не могли посетить врача или получить лекарственные препараты?

- Да
- Нет

6. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев из-за отсутствия доступа к транспорту вы не смогли попасть на встречу, работу или получить товары, необходимые для удовлетворения повседневных нужд?

- Да
- Нет

Сообщите нам, нужна ли вам помощь, поставив соответствующие отметки во всех применимых вариантах:

<input type="checkbox"/>  Свое жилье или аренда жилья	<input type="checkbox"/>  Работа и образование	<input type="checkbox"/>  Стоматологическая помощь
<input type="checkbox"/>  Оплата коммунальных услуг	<input type="checkbox"/>  Дети и младенцы	<input type="checkbox"/>  Офтальмологическая помощь
<input type="checkbox"/>  Продукты питания	<input type="checkbox"/>  Пожилые люди	<input type="checkbox"/>  Лечение от алкогольной и наркотической зависимости
<input type="checkbox"/>  Одежда	<input type="checkbox"/>  Консультирование	<input type="checkbox"/>  Правовая помощь
<input type="checkbox"/>  Средства передвижения	<input type="checkbox"/>  Медицинское страхование	<input type="checkbox"/>  Другое