

Анамнестическая анкета для мужчин (18-35 лет)

Данная анкета предназначена для подготовки к приёму у врача уролога.

При ответах на вопросы следует обвести «да» или «нет». В пустые поля необходимо вписать значение

Паспортная часть			
Ф.И.О.			
Дата рождения (число, месяц, год)			
Возраст (полных лет)			
№ п/п	Вопрос		Ответ
	Вес при рождении :	Рост при рождении:	
1	Отставал ли от сверстников в развитии?		Да Нет
2	Имеются ли в семье наследственные заболевания?		Да Нет
3	Родился по счёту		_____ ребёнком
В роду имели место:			
4	мертворождения		Да Нет
5	самопроизвольные аборты		Да Нет
Перенесенные заболевания других органов:			
6	заболевания лёгких		Да Нет
7	заболевания сердца		Да Нет
8	повышенное артериальное давление		Да Нет
9	заболевания желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы		Да Нет
10	заболевания почек, мочевого пузыря		Да Нет
11	заболевания щитовидной железы		Да Нет
12	сахарный диабет		Да Нет
13	заболевания крови, снижение гемоглобина		Да Нет
14	заболевания нервной системы		Да Нет
15	заболевания уха, горла, носа		Да Нет
16	аутоиммунные или ревматические заболевания		Да Нет
17	аллергические заболевания		Да Нет
18	операции (кроме урологических)		Да Нет
19	онкологические заболевания		Да Нет
20	хронические инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ инфекция, туберкулёз)		Да Нет
21	Проходили ли Вы лечение в стационаре (больнице) по поводу указанных выше заболеваний?		Да Нет
22	Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время?		Да Нет
23	Были ли переливания крови?		Да Нет
23	Яички с рождения в мошонке		Да Нет
24	Имеется ли гинекомастия (увеличение грудных желёз)		Да Нет
25	Поллюции (непроизвольное семяизвержение) с		_____ лет
26	Мастурбация с		_____ лет
27	Бреется с		_____ лет
Вопросы для тех, у кого есть опыт половых контактов:			
28	Возраст начала половой жизни (полных лет)?		_____ лет
29	Используете ли презерватив при половых контактах?		Да Нет
30	Проходили ли когда-либо стационарное лечение по поводу урологических заболеваний?		Да Нет
Факторы риска:			
31	Имеются/имелись ли у близких родственников (родители, дедушка, бабушка)		Да Нет

	наследственные заболевания (онкологические, гинекологические, эндокринные или другие)?		
32	Курите ли Вы?	Да	Нет
33	Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво, коктейли)?	Да	Нет
34	Другие вредные привычки?	Да	Нет
35	Занимаетесь ли Вы спортом или физкультурой?	Да	Нет
36	Есть ли у Вас пищевые ограничения (вегетарианство/веганство, другие)?	Да	Нет
	Отмечали ли Вы:		
37	Учащенное или болезненное мочеиспускание?	Да	Нет
38	Высыпания или выделения из уретры, вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?	Да	Нет
39	Боли в мошонке	Да	Нет
40	Боли в промежности	Да	Нет
41	Полосы растяжения (стрии, растяжки) на коже?	Да	Нет

Дата:

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ АНКЕТА ЖЕНЩИНЫ 18-35 ЛЕТ

Данная анкета предназначена для подготовки к приёму у врача акушера-гинеколога. При ответах на вопросы следует обвести «да» или «нет». В пустые поля необходимо вписать значение (паспортная часть, вопросы 1, 3-4, 11, 17-22). В конце анкеты впишите дату ее заполнения, поставьте подпись. Возьмите заполненную анкету на приём к врачу акушеру- гинекологу.

Если Вы затрудняетесь с ответом, вопрос можно оставить без ответа .

Паспортная часть		
Ф.И.О.		
Дата рождения (число, месяц, год)		
Возраст (полных лет)		
№ п/п	Вопрос	Ответ
Менструальная функция (если менструации не начались, оставьте следующие вопросы без ответа):		
1	В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «—».	
2	Менструации проходят через примерно равные промежутки времени?	Да Нет
3	Продолжительность менструации - от первого дня одной до первого дня следующей?	___ дней
4	Сколько дней в среднем продолжается менструация?	___ дней
5	Задержки менструации более 2 недель?	Да Нет
6	Обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов (●●●●● или больше) более 1 дня)?	Да Нет
7	Скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)?	Да Нет
8	Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)?	Да Нет
9	Боли внизу живота или пояснице вне менструации?	Да Нет
10	Кровяные выделения из половых путей вне дней менструации?	Да Нет
Вопросы для тех, у кого есть опыт половых контактов:		
11	Возраст начала половой жизни (полных лет)?	
12	Используете ли презерватив при половых контактах?	Да Нет
13	Используете ли гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?	Да Нет
14	Используете ли внутриматочную спираль?	Да Нет
15	Боли при половых контактах?	Да Нет
16	Контактные кровяные выделения из половых путей (при половой жизни)?	Да Нет
17	Были ли у Вас беременности?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
18	Были ли у Вас роды?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
19	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
20	Были ли у Вас внематочные беременности?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
21	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
22	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?	Да Нет
	если «да», сколько (указать цифрой количество)?	
Перенесенные гинекологические заболевания:		
23	заболевания шейки матки	Да Нет
24	воспаление матки, придатков	Да Нет
25	инфекции передаваемые половым путем (ИППП)	Да Нет
26	кисты или опухоли яичников	Да Нет
27	миома матки	Да Нет
28	эндометриоз	Да Нет

29	Проходили ли когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний?	Да	Нет
30	Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний	Да	Нет
Перенесенные заболевания других органов:			
31	заболевания молочных желёз	Да	Нет
32	заболевания лёгких	Да	Нет
33	заболевания сердца	Да	Нет
34	повышенное артериальное давление	Да	Нет
35	заболевания желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы	Да	Нет
36	заболевания почек, мочевого пузыря	Да	Нет
37	заболевания щитовидной железы	Да	Нет
38	сахарный диабет	Да	Нет
39	заболевания крови, снижение гемоглобина	Да	Нет
40	заболевания нервной системы	Да	Нет
41	заболевания уха, горла, носа	Да	Нет
42	аутоиммунные или ревматические заболевания	Да	Нет
43	аллергические заболевания	Да	Нет
44	операции (кроме гинекологических)	Да	Нет
45	онкологические заболевания	Да	Нет
46	хронические инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧинфекция, туберкулёз)	Да	Нет
47	Проходили ли Вы лечение в стационаре (больнице) по поводу указанных выше заболеваний?	Да	Нет
48	Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время?	Да	Нет
49	были ли переливания крови?	Да	Нет
Факторы риска:			
50	Имеются/имелись ли у близких родственников (родители, дедушка, бабушка) наследственные заболевания (онкологические, гинекологические, эндокринные или другие)?	Да	Нет
51	Курите ли Вы?	Да	Нет
52	Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво, коктейли)?	Да	Нет
53	Другие вредные привычки?	Да	Нет
54	Занимаетесь ли Вы спортом или физкультурой?	Да	Нет
55	Есть ли у Вас пищевые ограничения (вегетарианство/веганство, другие)?	Да	Нет
Отмечали ли Вы:			
56	Учащенное или болезненное мочеиспускание?	Да	Нет
57	Высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?	Да	Нет
58	Уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков?	Да	Нет
59	Избыточный рост волос на теле или лице?	Да	Нет
60	Угревые высыпания на коже лица или других частей тела?	Да	Нет
61	Полосы растяжения (стрии, растяжки) на коже?	Да	Нет

Дата: