

КАРТА ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ № _____

Дата обращения _____ 20 ____ г.

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата и место рождения _____

Образование (специальность) _____

Место жительства (страна, город) _____

Контактные телефоны _____

Длительность заболевания (полных лет) _____

I. Жалобы

1. Кашель: с мокротой, без мокроты, нет кашля _____

2. Одышка, затруднения дыхания или хрипы (да, нет) _____

3. Приступы удушья (да, нет) _____

II. Непереносимость лекарственных препаратов: Антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода, аспирин и другие: указать препараты и проявления

III. Непереносимость пищевых продуктов (указать продукты и проявления):

IV. Курение: курит, не курит, бывший курильщик (да, нет, длительность курения)

V. Сопутствующие заболевания (гипертония, ИБС, ЛОР-болезни, диабет, другие)

VI. Где лечился ранее, принимаемые препараты

VII. Антропометрические данные: рост _____ (см), вес _____ (кг)