

АНКЕТА

пациента перед проведением иглорефлексотерапии, массажа

Уважаемые пациенты для достижения максимального эффекта от лечения, просим Вас ответить на следующие вопросы

ВОПРОС 问询	ОТВЕТ 答复		При ответе «ДА», впишите заболевание
	ДА 是	НЕТ 否	
Было ли Вами перенесено заболевание COVID-19, если да, как давно?			
Страдаете ли Вы психическими расстройствами? 是否有精神失常?			
Есть ли у Вас доброкачественные новообразования? 是否有良性肿瘤?			
Есть (были) злокачественные новообразования? 是否有恶性肿瘤?			
Страдаете ли Вы сердечно-сосудистыми заболеваниями(высокое или низкое АД, ИБС, стенокардия, аритмия и др.) 是否有心血管疾病? (高血压, 低血压, 心肌缺血, 心绞痛, 心律不齐等)			
Перенесенные операционные вмешательства, включая сердце? 是否做过心脏手术或其他手术?			
Есть ли у Вас заболевания щитовидной железы? 是否有甲状腺疾病?			
Есть ли у Вас сахарный диабет? 是否有糖尿病?			
На момент лечения отмечаете ли Вы наличие простудных заболеваний, повышения температуры? 是否感冒或发烧?			
Страдаете ли Вы варикозной болезнью вен, острым тромбозом, тромбофлебитом? 是否有静脉曲张, 急性血栓, 血栓性静脉炎?			
Страдаете ли Вы аллергическими реакциями? 是否有过敏反应?			
Страдаете ли Вы наследственными заболеваниями? 是否有遗传性疾病?			
Проходите ли Вы на момент обращения лечение: прием лекарственных средств, процедуры и т.д.? 是否在服药或进行其他治疗?			
Были ли у Вас травмы? 是否有过外伤?			
Занимаетесь ли Вы профессионально спортом? 是否从事职业运动?			
Наличие вирусного гепатита «В» «С» и ВИЧ инфекции 是否有乙型/丙型肝炎或其他传染疾病?			
Вопросы для женщин детородного периода			
Возможна ли беременность на момент обращения? 是否怀孕?			
Наличие гинекологических заболеваний? 是否有妇科疾病?			

Пациент (Ф.И.О., подпись) _____

Дата _____