

SFSMG Patient History Form (RUSSIAN)

Today's Date: (Сегодня Дата) ____/____/____

Name: _____

Birthdate: (день рождения) ____/____/____

First (Первое) Middle Last (последнее)

Month Day Year
(Месяц) (День) (Год)

What would you preferred to be called? (Что бы вы предпочли назвать) _____

**Phones: (Телефоны) Home: (Главный) _____ Work: (работа) _____ Cell: (мобильный) _____

Your preferred pharmacy: (name) (аптека имя) _____ (location) (местоположение) _____

Your approximate weight _____ lbs (ваш вес) Height: ____ feet ____ inches (ваш рост)

Do you have a latex allergy? (Есть ли у вас аллергия на латекс? Yes / No) Reaction: (Причина) _____

Are you allergic to iodine? (У Вас аллергия на йод? Yes / No) Reaction: (Причина) _____

Do you have a pacemaker / defibrillator? (*If yes, please answer question below*)

У вас есть кардиостимулятор / дефибриллятор? (Если да, пожалуйста, ответьте на вопрос ниже)

If so, what is the Manufacturer's Name: _____, Model Number: _____

Если да, то это имя производителя: _____, **Номер модели:** _____

Main concern / reason for today's visit: (Причина сегодняшнего визита)

Please list the doctors you frequently visit and why: (Пожалуйста, перечислите Врачей которых вы часто посещаете и почему)

Doctor: (врач)	Reason: (Причина)
_____	_____
_____	_____

Please list the prescription medications that you take regularly and why:
(Пожалуйста, перечислите рецепты лекарств, которые вы регулярно принимаете и почему)

Medication: (Лекарство)	Reason: (Причина)	Medication: (Лекарство)	Reason: (Причина)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Do you take Aspirin / Coumadin / Warfarin / Plavix? (*Please circle if yes*)

(Вы принимаете аспирин / Coumadin / варфарин / Плавикс. Пожалуйста, окружите, если да)

Please list the prescription medications that you are allergic to:

(Пожалуйста, перечислите рецепты лекарств, на которые у вас аллергия)

Medication: (Лекарство)	Reaction: (реакции)	Medication: (Лекарство)	Reaction: (реакции)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Please list your previous surgeries and the approximate date:

(Пожалуйста, перечислите ваши предыдущие операции и приблизительную дату:)

Have you ever smoked? <u>Yes/No</u> (Вы когда-нибудь курили? <u>Yes/No</u>)	How much? (сколько) _____
Are you currently smoking? <u>Yes/No</u> (Вы курите сейчас? <u>Yes/No</u>)	# of years (Количество лет) _____
Do you Drink alcohol? <u>Yes/No</u> (Вы пьете алкоголь? <u>Yes/No</u>)	How much? (Сколько) _____

Sexual orientation (Сексуальная ориентация):

heterosexual (гетеросексуальный) / homosexual (гомосексуалист) / bi-sexual (бисексуальных)

Has anyone in your family had any of the following cancers (please circle)?

(Кто-нибудь в вашей семье болел раком (пожалуйста, обведите)?)

Colon (толстой кишки) / rectal (ректальной) / uterine (матки) / breast (груди) / colon polyps (полипы толстой кишки)

other (другие): _____

Relationship to you (Отношение к вам) _____

Other areas of your body that are currently affecting you (PLEASE CIRCLE):

(Другие области тела, которые в настоящее время влияют на вас (пожалуйста, обведите))

General:	fatigue (усталость) / fever (лихорадка) / weight loss (потеря веса) or gain (или усиления) / night sweats (ночные поты) / trouble sleeping (проблемы со сном)
Eyes:	poor vision (плохое зрение) / wear glasses (носить очки) or contacts (или контакты) / cataracts (катаракты) / glaucoma (глаукома)
Ears, Nose, Throat:	hearing difficulty (слушания трудности) / ringing (звон) / vertigo (Vertigo) / sleep apnea (сонливость) / sinus congestion (скопление в носовых пазухах) / runny nose (насморк) / hoarseness (хрипота) / nose bleeds (носовые кровотечения) / post-nasal drip (постносовое капанье) / snoring (храп) / nasal allergies (аллергический насморк) / thyroid problems (проблемы со щитовидкой) / pain in jaw when chewing (боли в челюсти при жевании) / dental problems (проблемы с зубами) / difficulty swallowing (трудности при глотании) / frequent sore throats (частые ангины) / speech problems (проблемы с речью) / tongue problems (проблемы языка)
Respiratory:	wheezing (хрипы) / asthma (астмы) / shortness of breath (одышка) / cough (кашель) / TB (туберкулезом)
Heart/Vascular:	murmur (шум) / palpitations (сердцебиение) / valve problems (проблемы клапана) / chest pain or angina (боль в груди или стенокардия) / hypertension (гипертонии) / poor circulation (плохая циркуляция) / pain in legs while walking (боль в ногах при ходьбе) / congestive heart failure (застойная сердечная недостаточность)
Gastrointestinal:	colitis (колит) / ulcer (язвы) / heartburn (изжоги) or indigestion (или расстройство желудка) / Barrett's esophagus (Барретта пищевода) / polyps (полипов) / constipation (запор) / diarrhea (диарея) / jaundice (желтуха) / abdominal pain (боли в животе) / vomiting (рвота)
Genito-Urinary:	urinary frequency (частое мочеиспускание) / burning (жжение) / pain (боль) / herpes (герпеса) / kidney stones (камни в почках) / UTI (инфекции мочевыводящих путей) / warts (бородавки) / urinary penile or vaginal blood (кровоточивость мочеполовой системы) / impotence (импотенции) / enlarged prostate (увеличение простаты) / urinary incontinence (недержание мочи)
Musculoskeletal:	arthritis (артрит) or joint pain (или боли в суставах) / muscle cramps (мышечные спазмы) / back pain (боли в спине) / sciatica (пояснично-крестцовый радикулит)
Skin:	rash (сыпь) / hives (соты) / itching (зуд) / dryness (сухость) / hair or nail changes (изменения волос или ногтей) / skin cancer (рак кожи)
Neurologic:	headache (головная боль) / seizures (припадки) / fainting (обмороки) / dizziness (головокружение) / numbness (онемение) / tingling (покалывание) / stroke (инсульт) / tremor (тумор) / memory loss (потеря памяти)
Hematologic/Lymphatic:	easy bruising (легкое наст-е синяков) or bleeding (или кровотечение) / history of transfusion (история переливания крови) / swollen lymph nodes (увеличение лимфатических узлов)
Immunologic/Allergy:	diabetes (сахарный диабет) / autoimmune disorder (аутоиммунные расстройства) / environmental allergies (экологическая аллергия)
Psychiatric:	depression (депрессия) / anxiety (тревожности) / excess worry (избыток беспокойства) / stress (напряжения) / drug or alcohol issues (проблемы наркотиков или алкоголя)

Other symptoms or issues not listed above: (Другие симптомы или проблемы, не перечисленные вами)

Nothing above
ничего не выше