

Опитування про стан здоров'я Дата _____

ОСОБИСТА ІНФОРМАЦІЯ

1. Ім'я та прізвище	2. Дата народження:	3. Країна народження: 4. Місце народження:
5. Адреса у Фінляндії:		6. Телефон:
7. Страхування: <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	8. Назва страхової компанії:	
9. Близький родич або контактна особа:	10. Телефон:	
11. Школа / напрям навчання / фах:	12. Дата початку навчання: 13. Запланована дата завершення:	

ЗДОРОВ'Я

14. Стан здоров'я:	<input type="checkbox"/> Добрий	<input type="checkbox"/> Середній	<input type="checkbox"/> Поганий
15. Чи є у вас хронічні захворювання?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Яке?		
16. Чи є у вас захворювання печінки, гепатит?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Яке?		
17. Чи є у вас ВІЛ?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
18. Ви курите чи вживаєте тютюнові вироби?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Що і в якій мірі?		
19. Ви вживаєте алкоголь чи інші наркотичні речовини?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Що і в якій мірі?		
20. Попередні госпіталізації чи хірургічні втручання?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Які?		
21. Алергічні реакції на лікарські препарати?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так На які препарати?		
22. Чи хворіли ви на туберкульоз?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Коли?		
23. Чи отримували ви ліки від туберкульозу?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Коли? Які ліки?		
24. Чи хворів хто-небудь на туберкульоз у вашому найближчому оточенні (проживання в одній родині)?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
Чи є у вас зараз або раніше були такі симптоми:	Якщо так, будь ласка, надайте додаткову інформацію (наприклад, коли були симптоми, чи є симптоми зараз, чи знайдено причину проблеми):		
25. Кашель протягом кількох тижнів	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	
26. Слизова мокрота або кровохаркання	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	
27. Ненавмисне схуднення	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	
28. Нічна пітливість	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	
29. Довготривала лихоманка	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	
30. набряк, біль або виділення з лімфатичних вузлів (шия, пахви, пах)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так	

ЛІКИ, ЩЕПЛЕННЯ

31. Ви вживаєте ліки за рецептом?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Що?		
Чи отримали ви такі щеплення?			
32. Поліомієліт <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Коли?	33. Правець / дифтерія <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Коли?	34. Кір / паротит / краснуха <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Коли?	
35. Ви хворіли на кір?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
36. Ви хворіли на свинку?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		
37. Ви хворіли на краснуху?	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		