

Опрос о состоянии здоровья Дата

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

1. Имя:	2. Дата рождения:	3. Страна рождения:
		4. Место рождения:
5. Адрес в Финляндии:		6. Телефон:
7. Страховка: Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>		8. Название страховой компании:
9. Близкий родственник либо контактное лицо:		10. Телефон:
11. Школа / линия обучения / главный предмет:		12. Дата начала учебы:
		13. Планируемая дата окончания обучения:

ЗДОРОВЬЕ

14. Состояние здоровья:	Хорошее <input type="checkbox"/>	Среднее <input type="checkbox"/>	Плохое <input type="checkbox"/>
15. Хронические заболевания?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Какие?
16. Заболевание печени, гепатит?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Какой?
17. ВИЧ?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
18. Курите или употребляете табачные изделия?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Что и сколько?
19. Употребляете алкоголь или наркотики?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Что и сколько?
20. Предыдущие лечения в больнице или операции?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Какие?
21. Аллергические реакции на лекарства?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	На какое лекарство?
22. Был ли у Вас туберкулез?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Когда?
23. Лечение от туберкулеза?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Когда? Какое лекарство?
24. Туберкулез в Вашем ближайшем окружении (проживающие вместе с Вами)?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
Есть ли у Вас сейчас или были раньше следующие симптомы:	Если да, то предоставьте дополнительную информацию (напр. когда симптомы были, есть ли они сейчас, выявлена ли причина):		
25. Продолжающийся много недель кашель	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
26. Слизистые мокроты или кашель с кровью	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
27. Непреднамеренная потеря веса	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
28. Ночное потение	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
29. Затянувшаяся температура	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
30. Отечность, боли или выделения лимфатических узлов (шея, подмышки, паховый сгиб)	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	

ЛЕКАРСТВА, ПРИВИВКИ

31. Принимаете лекарства по рецепту?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Какие?
Вам делались следующие прививки:			
32. Полиомиелит	33. Столбняк / дифтерия	34. Корь / свинка / краснуха	
Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> , когда?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> когда?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> когда?	
35. Вы болели корью?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
36. Вы болели свинкой?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	
37. Вы болели краснухой?	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	