

## Р-003 АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

**КАНДИДАТУ:** это конфиденциальная информация и она будет содержаться отдельно от других записей. Когда Вы будете заполнять первую часть этой анкеты, пожалуйста, пишите по-русски, чернилами и желательнo печатными буквами.

Название курса \_\_\_\_\_ Начало занятий \_\_\_\_\_  
число/мес/год

ФИО \_\_\_\_\_

Постоянная прописка \_\_\_\_\_

Временная прописка \_\_\_\_\_

Имя ближайшего родственника, кем является, адрес \_\_\_\_\_

Контакт в случае необходимости (ФИО, адрес, телефон) \_\_\_\_\_

### ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Группа крови \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Есть ли у Вас аллергия на какие-либо лекарства?  нет  да (укажите более конкретно)

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Все положительные ответы прокомментируйте на отдельном листе и приложите к анкете. Болели ли Вы или болеете чем-нибудь из нижеследующего?

да	нет		да	нет	
		Кожные заболевания			Опухоль/рак
		Болезни глаз			Венерические заболевания
		Заболевание ушей			Анемия
		Травма головы			Болезни почек
		Постоянные головные боли			Расстройство желудка
		Эпилепсия			Заболевания кишечника
		Обмороки			Гепатит
		Умственные/нервные расстройства			Проблемы с желчным или мочевым пузырем
		Слабость			Желудок/язва двенадцатиперстной кишки
		Паралич			Переломы
		Бессонница			Вывих суставов
		Отдышка			Болезни спины
		Сенная лихорадка, астма			Желтуха
		Аллергия (укажите конкретно на что)			<b>Операции:</b>
		Болезни сердца			Грыжа
		Повышенное давление			Аппендицит
		Пониженное давление			Гланды
		Ревматизм/артрит			Другие (укажите)
		Только для женщин: Вы беременны?			

Другие болезни: \_\_\_\_\_

Находитесь ли Вы в данный момент под наблюдением врача?  нет  да (укажите более конкретно) \_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы какие-либо лекарства в настоящее время?  нет  да (укажите более конкретно) \_\_\_\_\_

Проходили ли Вы в прошлом курс лечения у психиатра?  нет  да (укажите более конкретно) \_\_\_\_\_

Есть ли у Вас какие-либо физические недостатки, требует ли Ваше состояние здоровья особого внимания?  нет  да Если да, пожалуйста, укажите более конкретно \_\_\_\_\_

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на зачисление Вас на курс)

Страдаете ли Вы излишком или недостатком веса? \_\_\_\_\_

Как бы Вы оценили состояние своего здоровья:  отличное  хорошее  удовлетворительное  неудовлетворительное

Болели ли Вы когда-нибудь нижеуказанными ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ?

да	нет		да	нет	
		Ветрянка			Скарлатина
		Корь			Туберкулез
		Свинка			Другие (укажите)

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ СЕМЬИ

Болел ли кто-нибудь из Ваших родственников нижеуказанными болезнями?  Да  Нет

Да	Нет	
		Туберкулез
		Диабет
		Болезни сердца
		Гипертония

Да	Нет	
		Артрит
		Желудочные заболевания
		Эпилепсия, конвульсии

### ПРИВИВКИ

Дифтерия  Да  Нет Год: \_\_\_\_\_  
Столбняк  Да  Нет Год: \_\_\_\_\_  
Полиомиелит  Да  Нет Год: \_\_\_\_\_  
Корь  Да  Нет Год: \_\_\_\_\_  
Свинка  Да  Нет Год: \_\_\_\_\_

### ТЕСТ НА ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ

	Дата	Результат	Мед. учреждение
Флюорография			
Прививка БЦЖ			
ВИЧ			

Университет Наций (УН) принимает студентов любой расы, цвета кожи, национальности и этнического происхождения, дает все права, привилегии, льготы и допускает ко всем программам и видам деятельности, которые предоставляются студентам на курсе. Мы не выделяем студентов на основе их расы, цвета кожи, национальности или этнического происхождения в управлении образовательной политикой, правилами зачисления и предоставления ученых степеней и других программ.

Университет Наций - это учреждение, выдающее следующие ученые степени: бакалавр и магистр, но не аккредитованное никакими аккредитирующими агентствами или ассоциациями, признанными министерством образования США.