



TERENOWA PORADNIA MEDYCZYNY PRACY
 ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻYWCU
 34-300 Żywiec, al. Aleja Piłsudskiego 50
 tel. 33 861 40 31

Imię i nazwisko osoby badanej: _____

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): _____

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo -			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry / uczulenia			
Choroby zakaźne / pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu			W przeszłości: Obecnie:
Inne używki			

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej Dobre		Raczej słabe		Słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakiej ? Kiedy ?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakiej ?			

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

_____ (podpis badanego/ rodzica lub opiekuna prawnego)

_____ (podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

*W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.