

## ანამნეზის შესაკრები ანკეტა – ზრდასრულთათვის

(გთხოვთ, შემოხაზოთ შესაბამისი პასუხი და გადასცეთ ექიმს!)

პირადი მონაცემები, მათ შორის უცხოელთა მონაცემების ცენტრალური უწყების  
საიდენტიფიკაციო ნომერი:

თარიღი: .....

სქესი: მამრობითი  მდედრობითი  ეროვნება: ..... ორსულობა: ..... თვე  
ცალკე პირი  ოჯახი

- |     |   |                             |                              |
|-----|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1.  | ხართ თუ არა ავად?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 2.  | იღებთ თუ არა წამლებს?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 3.  | ხართ თუ არა აცრილი დაავადებებზე?                                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 4.  | გაკეთებული გაქვთ თუ არა კანის ტესტი ტუბერკულოზზე?                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 5.  | გაქვთ თუ არა, ან გქონიათ თუ არა გადამდები დაავადება?              | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჭლექი (ტუბერკულოზი)?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჰეპატიტი?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | აივ-ინფექცია?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჩუტყვავილა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითელა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითურა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | დიფტერია?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | სიფილისი (ათამანგი)?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | სხვა ვენერიული დაავადება?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ტიფი, პარატიფი?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ქოლერა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 6.  | გაქვთ თუ არა ტკივილები?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 7.  | გაქვთ თუ არა, ან ბოლო 6 კვირის განმავლობაში გქონდათ თუ არა სიცხე? | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 8.  | გაქვთ თუ არა ძლიერი ხველა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 9.  | გაქვთ თუ არა გულის რევა, პირღებინება?                             | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 10. | გაწუხებთ თუ არა მუცლის ჭვალი ან ფაღარათი?                         | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 11. | გაქვთ თუ არა სისხლიანი განავალი?                                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 12. | გაქვთ თუ არა ტკივილი შარდვის დროს?                                | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 13. | გაქვთ თუ არა კანზე გამონაყარი?                                    | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |

.....  
ხელმოწერა

ექიმის შენიშვნა:

.....  
ექიმის ხელმოწერა

## ანამნეზის შესაკრები ანკეტა – ბავშვებისთვის

(გთხოვთ, შემოხაზოთ შესაბამისი პასუხი და გადასცეთ ექიმს!)

პირადი მონაცემები, მათ შორის უცხოელთა მონაცემების ცენტრალური უწყების

საიდენტიფიკაციო ნომერი:

თარიღი: .....

სქესი: მამრობითი  მდედრობითი  ეროვნება: .....

ასაკი: .....

- |     |  |                             |                              |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1.  | არის თუ არა თქვენი შვილი ავად?                                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 2.  | იღებს თუ არა თქვენი შვილი წამლებს?                             | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 3.  | არის თუ არა თქვენი შვილი აცრილი დაავადებებზე?                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 4.  | გაკეთებული აქვს თუ არა თქვენ შვილს კანის ტესტი ტუბერკულოზზე?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 5.  | აქვს თუ არა, ან ჰქონია თუ არა თქვენ შვილს გადამდები დაავადება? | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჭლექი (ტუბერკულოზი)?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჰეპატიტი?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჩუტყვავილა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ყბაყურა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითელა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითურა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | დიფთერია?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 6.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს ტკვილები?                              | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 7.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს სიცხე?                                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 8.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს ძლიერი ხველა?                          | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 9.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს გულის რევა, პირღებინება?               | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 10. | აწუხებს თუ არა თქვენ შვილს მუცლის ჭვალი ან ფაღარათი?           | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 11. | აქვს თუ არა თქვენ შვილს კანზე გამონაყარი?                      | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |

.....  
ხელმოწერა

ექიმის შენიშვნა:

.....  
ექიმის ხელმოწერა