

Анкета для дополнительного медицинского осмотра

Фамилия		Регистрационный номер	
Имя			

※ Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты, если они к Вам применимы.



Оценка функционального состояния пожилых людей (в возрасте 66, 70 и 80 лет)

1. Принимаете ли Вы ежегодно участие в проведении вакцинации против вируса гриппа (инflюэнца)?

① Да ② Нет

2. Вам делали прививку от пневмонии?

① Да ② Нет

3. Следующие вопросы относятся к Вашей способности выполнять повседневные дела. Пожалуйста, ответьте на нижеприведенные вопросы.

1) Можете ли Вы самостоятельно поесть, если стол накрыт?

① Да ② Нет

2) Можете ли Вы переодеться без помощи посторонних?

① Да ② Нет

3) Можете ли Вы пользоваться помещением туалета без помощи посторонних?

① Да ② Нет

4) Самостоятельно ли Вы осуществляете прием ванны?

① Да ② Нет

5) Самостоятельно ли Вы занимаетесь приготовлением пищи?

① Да ② Нет

6) Самостоятельно ли Вы осуществляете походы по магазинам, визиты к соседям, в больницу, государственные учреждения и т.д?

① Да ② Нет

4. Травмы от падения. Случалось ли Вам падать в течение прошлых 6 месяцев?

① Да ② Нет

5. Расстройства мочеиспускания. Наблюдались ли у Вас расстройства мочеиспускания или недержание?

① Да ② Нет