

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Όνομα Επώνυμο	Όνομα	Επώνυμο	Ομάδα αίματος			
1. Όταν κόβεσαι ή χτυπάς, το αίμα σταματάει εύκολα;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
2. Έχεις συχνά πονοκεφάλους;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
3. Είχες ποτέ τάση για λιποθυμία;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
4. Έχεις λιποθυμήσει ποτέ;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
5. Έχεις νοσηλευτεί ποτέ σε κάποιο νοσοκομείο;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
6. Έχεις ελεγχθεί για ψείρες;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
7. Έχεις κάνει Mantoux test;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	( ΘΕΤΙΚΟ ) <input type="checkbox"/>	ΑΡΝΗΤΙΚΟ ) <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
8. Είχες ποτέ ηπατίτιδα;	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α <input type="checkbox"/>	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β <input type="checkbox"/>	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		
9. Ποιες από τις παρακάτω παιδικές ασθένειες έχεις περάσει;	ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ <input type="checkbox"/>	ΜΑΓΟΥΛΑΔΕΣ <input type="checkbox"/>	ΚΟΚΚΥΤΗ <input type="checkbox"/>	ΙΛΑΡΑ <input type="checkbox"/>	ΕΡΥΘΡΑ <input type="checkbox"/>	ΚΑΜΙΑ <input type="checkbox"/>
10. Έχεις κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο σου;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι ποιο; .....						
11. Είχες ποτέ κάποιο πρόβλημα υγείας;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι ποιο; .....						
12. Έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας τώρα;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι ποιο; .....						
Τι αγωγή παίρνεις; .....						
13. Έχεις αλλεργία σε κάποιο φάρμακο;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι σε ποιο; .....						
14. Έχεις αλλεργία σε κάποιο φαγητό;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι σε ποιο; .....						
15. Έχεις αλλεργία σε οτιδήποτε άλλο;		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Αν ναι σε τι; .....						

\*\* Συμπληρώνεται από τον γονέα κηδεμόνα σε περίπτωση ανηλίκων. Μελετάται και ελέγχεται από τον γιατρό.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ**