

# New York Integrative Rheumatology

3567 Shore Parkway, 2<sup>nd</sup> Floor

Brooklyn, NY 11235

Phone: (718) 648-8877

Fax: (718) 648-4647

## PATIENT HISTORY FORM

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_

### SOCIAL HISTORY

Do you smoke?  Yes  No  Past - How long ago? \_\_\_\_\_

*Курите ли вы? Да Нет Раньше – Как давно?*

If yes, how many packs a day? \_\_\_\_\_

*Если – Да, то сколько пачек в день?*

Do you drink alcohol?  Yes  No Number per week \_\_\_\_\_

*Употребляете ли алкоголь? Сколько раз в неделю*

Has anyone ever told you to cut down on your drinking?  Yes  No

*Советовали ли вам уменьшить употребление алкоголя?*

Do you use drugs for reasons that are not medical?  Yes  No

*Употребляете ли вы лекарства не по медицинским показаниям?*

If yes, please list: \_\_\_\_\_

*Если – Да, то поясните*

Do you exercise regularly?  Yes  No

*Делаете ли вы физические упражнения регулярно?*

Type \_\_\_\_\_

Have you had **FRACTURES**? *ПЕРЕЛОМЫ*?  Yes  No

### PAST MEDICAL HISTORY

Do you now or have you ever had: (check if "yes")

*Есть ли у вас сейчас или были ли раньше (отметьте)*

Cancer  Coronary Heart Ds  Asthma

*Рак Ишемическая болезнь Астма*

Goiter  Heart Attack  Stroke

*Зоб Инфаркт Инсульт*

Cataracts  Hypertension  Diabetes

*Катаракта Гипертония Диабет*

Glaucoma  Leukemia  Colitis

*Глаукома Лейкемия Колиты*

Bad Headaches  Jaundice  Psoriasis

*Головные боли Желтуха Псориаз*

Pneumonia  Chronic Bronchitis  Anemia

*Пневмония Хронический Бронхит Анемия*

Tuberculosis  Renal Stones  Stomach Ulcers

*Туберкулез Камни в почках Язва желудка*

Hyperlipidemia  Renal Insufficiency  Anxiety, Depression

*Холестерол+ Почечная недостат Тревога, Депрессия*

Other significant illness (please list) \_\_\_\_\_

### RHEUMATOLOGIC (ARTHRITIS) HISTORY

At any time have you or a blood relative had any of the following? (check if "yes")

*Были ли у Вас самих или у ваших близких родственников следующие заболевания?*

	<b>Yourself</b> <i>У вас</i>	<b>Relative - Родст</b> <i>Name/Relationship</i>		<b>Yourself</b> <i>У вас</i>	<b>Relative - Родст</b> <i>Name/Relationship</i>
Rheumatoid Arthritis <i>Ревматоидный Артрит</i>			Lupus or "SLE" <i>Люпус или "СКВ"</i>		
Osteoarthritis <i>Остеоартрит</i>			Ankylosing Spondylitis <i>Анкилозирующий Спондилит</i>		
Gout <i>Подагра</i>			Arthritis (unknown type) <i>Артрит (неизв. типа)</i>		
Childhood arthritis <i>Артрит с детства</i>			Osteoporosis <i>Остеопороз</i>		
Other arthritis conditions: <i>Другие виды артрита</i>					

# New York Integrative Rheumatology

3567 Shore Parkway, 2<sup>nd</sup> Floor

Brooklyn, NY 11235

Phone: (718) 648-8877

Fax: (718) 648-4647

## PATIENT HISTORY FORM

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_

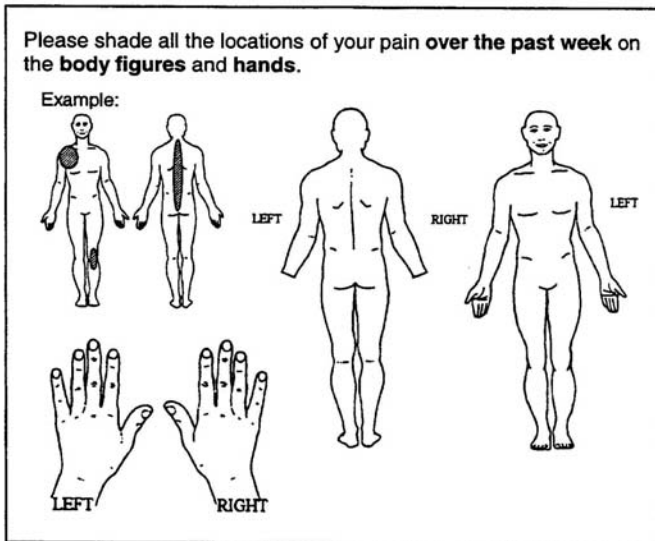
### SURGERIES Yes No

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholecystectomy _____<br><i>Удаление желчного пузыря</i>                         | <input type="checkbox"/> Appendectomy _____<br><i>Аппендицит</i>                  |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Bypass _____<br><i>Коронарное шунтирование</i>                           | <input type="checkbox"/> Stent Placed (PTCA) _____<br><i>Установка стента</i>     |
| <input type="checkbox"/> Total Right Left Knee Replacement (TKR) _____<br><i>Замена коленного сустава</i> | <input type="checkbox"/> Hysterectomy _____<br><i>Частичное удаление матки</i>    |
| <input type="checkbox"/> Total Right Left Hip Replacement (THR) _____<br><i>Замена бедра</i>              | <input type="checkbox"/> Total Hysterectomy _____<br><i>Полное удаление матки</i> |
| <input type="checkbox"/> Other _____  | <input type="checkbox"/> Other _____  |

ALLERGIES  Yes  No \_\_\_\_\_  
АЛЛЕРГИИ

### CURRENT COMPLAINTS:

Укажите на рисунке те зоны и суставы, где у вас есть боль сейчас или была боль в течение прошлой недели



### FAMILY HISTORY:

Do you know of any blood relative who has or had: (check and give relationship) – У кого из ваших близких родственников были:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer _____<br><i>Рак</i>                  | <input type="checkbox"/> Heart disease _____<br><i>Болезни сердца</i>   |
| <input type="checkbox"/> Leukemia _____<br><i>Лейкемия</i>           | <input type="checkbox"/> High blood Pressure _____<br><i>Гипертония</i> |
| <input type="checkbox"/> Stroke _____<br><i>Инсульт</i>              | <input type="checkbox"/> Heart Attack _____<br><i>Инфаркт</i>           |
| <input type="checkbox"/> Colitis _____<br><i>Колиты</i>              | <input type="checkbox"/> Alcoholism _____<br><i>Алкоголизм</i>          |
| <input type="checkbox"/> Bleeding tendency _____<br><i>Гемофилия</i> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____<br><i>Туберкулез</i>        |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis _____<br><i>Псориаз</i>           | <input type="checkbox"/> Diabetes _____<br><i>Диабет</i>                |
| <input type="checkbox"/> Asthma _____<br><i>Астма</i>                | <input type="checkbox"/> Goiter _____<br><i>Зоб</i>                     |