**АНКЕТА ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.**

Фамилия, имя, отчество-------------------------------------------------------------------------------

Дата-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Какими болезнями Вы болели в детстве?----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
2. Имеются ли у Вас хронические заболевания?-------------------------------------------------------
3. Считаете ли Вы, что сможете работать по любой специальности, профессии?--------------
4. Находились ли Вы когда-нибудь на стационарном лечении ( в больнице, клинике ), по какому поводу, когда?--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
5. Были ли у Вас когда-нибудь травмы, ушибы?-------------------------------------------------
6. Существуют ли у Вас определенные ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья?--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
7. Встречаются ли в Вашей семье наследственные заболевания?----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
8. Считаете ли Вы, что состояние здоровья является определяющим для выбора профессиональной деятельности?----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------