

**ALEXANDER SHAPSIS, M.D.**  
**GASTROENTEROLOGY • ENDOSCOPY • HEPATOLOGY**

---

2797 Ocean Parkway, 1st Fl. • Brooklyn, NY 11235 • (718) 615-4001 Fax. (718) 615-4004

**Medical History**

**PATIENT NAME (Имя):** \_\_\_\_\_ **DOB (Дата рождения):** \_\_\_\_\_  
**WEIGHT (Вес) (lb/kg):** \_\_\_\_\_ **HEIGHT (Рост) (in/cm):** \_\_\_\_\_

**What is the reason for your visit? (На что жалуетесь?)**

---

---

**What previous tests have been performed to evaluate this condition? (Какие медицинские обследования были уже сделаны?)** \_\_\_\_\_

---

**What medical problems do you have? List all of the conditions. (Перечислите ваши медицинские диагнозы)**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1) _____ | 4) _____ | 7) _____ |
| 2) _____ | 5) _____ | 8) _____ |
| 3) _____ | 6) _____ | 9) _____ |

**What surgeries or procedures have you had (include EGD, colonoscopies and liver biopsies)? When and where? (Перечислите операции, гастроскопии, колоноскопии, или другие медицинские процедуры пройденные вами. Где, кем, и когда они были проведены?)**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) _____ | 3) _____ |
| 2) _____ | 4) _____ |

**What medications are you taking (include aspirin, painkillers, vitamins, herbal supplements and over the counter medications)? Please include dosage and frequency if known. (Перечислите ваши лекарства, включая дозу и частоту приёма)**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1) _____ | 4) _____ | 7) _____ |
| 2) _____ | 5) _____ | 8) _____ |
| 3) _____ | 6) _____ | 9) _____ |

**Do you have any allergies to medications or latex? If yes, what medication? (Медикаментозная Аллергия)** \_\_\_\_\_

**Do any medical problems run in your family (including polyps, cancers, colitis or liver diseases)? (Родственники с раковыми заболеваниями желудка, печени, кишечника, наличием полипов, или колитов?)** \_\_\_\_\_

**Do you use or have you previously used tobacco, alcohol, or intravenous drugs? If yes, how much /how long? (Вы курите, употребляете алкоголь, или наркотики?)**

Have you recently had any of the following symptoms? (Please check Yes or No)  
 (Перечислите ваши заболевания - обведите Y или N)

<b>Abdominal pain</b> (боли в брюшной полости?)	Y	N
<b>Rectal bleeding</b> (Кровь в стуле)	Y	N
<b>Blood on the toilet tissue</b> (кровоотделение на туалетной бумаге)	Y	N
<b>Bloating</b> (вздутие живота)	Y	N
<b>Heartburn</b> (изжога)	Y	N
<b>Nausea</b> (тошнота)	Y	N
<b>Vomiting</b> (рвота)	Y	N
<b>Weight loss</b> (потеря в весе)	Y	N
<b>Weight gain</b> (увеличение в весе)	Y	N
<b>Diarrhea</b> (понос)	Y	N
<b>Constipation</b> (запоры)	Y	N
<b>Change in bowel habits</b> (изменения желудка)	Y	N
<b>Difficulty swallowing</b> (тяжело глотать)	Y	N
<b>Painful swallowing</b> (больно глотать)	Y	N
<b>Jaundice (Yellow skin, dark urine, light colored stool)</b>	Y	N

(Желтуха: пожелтение кожи, глаз; потемнение мочи, светлый стул)

If yes, when did the symptom(s) start, how frequently you have had it, and what makes it better or worse, including food, drink, time of day, position, and exercise. (Если да, когда начались симптомы? Как часто вы их испытываете? Что облегчает или ухудшает их? Влияние пищи или напитков на симптомы? Влияние времени дня, нагрузки или положения тела на симптомы?)

---



---



---

Do you have any of the following problems? (Please circle Yes or No) (Страдаете ли вы следующим? Обведите Y или N)

<b>Artificial Joints</b> (Замена суставов?)	Y	N
<b>Pace maker</b> (пэйсмэйкер?)	Y	N
<b>Asthma</b> (астма?)	Y	N
<b>Fevers, Chills or Night Sweats</b> (температура, озноб)	Y	N
<b>Seizures</b> (конвульсии?)	Y	N
<b>Chest pain</b> (боли в груди)	Y	N
<b>Kidney Disease</b> (заболевание почек?)	Y	N
<b>Diabetes</b> (Диабет?)	Y	N
<b>Shortness of breath</b> (одышка)	Y	N
<b>Palpitations</b> (сердцебиение)	Y	N
<b>Headaches</b> (головные боли)	Y	N
<b>Joint aches</b> (боли в суставах)	Y	N
<b>Cold intolerance</b> (нетерпимость к прохладе)	Y	N
<b>Blurry vision</b> (разплывчатость зрения)	Y	N
<b>Excessive Urination</b> (чрезмерное мочевыделение)	Y	N
<b>Skin Rashes</b> (кожные покраснения)	Y	N
<b>Confusion</b> (заторможенность)	Y	N
<b>Hoarseness of voice</b> (осевший голос)	Y	N
<b>Do you medicate prior to dental work</b> (вы принимаете антибиотики перед лечением зубов?)	Y	N

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE OF PATIENT  
 (If minor, parent or guardian's signature)

\_\_\_\_\_  
 Alexander Shapsis, MD

\_\_\_\_\_  
 DATE