**Осмотр акушер-гинеколога**

**Дата:** ${created\_at}

**Фамилия, имя, отчество:** ${customer\_full\_name}

**Дата и год рождения:** ${customer\_birth\_date}

**ИИН:** ${iin}

**Место жительства:** ${mesto\_zhitelstvo}

**Место работы, профессия:** ${customer\_employer}

**Жалобы:** ${zhaloby}

**История развития настоящего заболевания:** ${istoriya\_razvitiya}

**Анамнез жизни:** ${anamnez\_zhizni}

**Перенесенные заболевания:** ${perenesennye\_zabolevaniya}

**Перенесенные операции (течение послеоперационного периода, осложнения):** ${perenesennye\_operacii}

**Гемотрансфузии (показания, осложнения):** ${gemotransfuzii}

**Наличие наследственных заболеваний:** ${nasledstvennost}

**Аллергологический анамнез:** ${allergologicheskii}

**Вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики):** ${vrednye\_privichkii}

**Жилищно-бытовые условия:** ${zhilishno\_bytovye}

**Условия труда и проф. Вредности:** ${usloviya\_truda}

**Cанитарно-эпидемиологический и экологический анамнез:** ${sanitarno}

**Акушерско-гинекологический анамнез:** ${akushersko}

**Объективное обследование:** ${obektivnoe}

**Предварительный диагноз:** ${predvoritelnyi}

**Дополнительные обследования и лабораторные данные с их оценкой:** ${dopolnitelnye\_obsledovaniya}

**Клинический диагноз:** ${klinicheskii\_diagnoz}

**План обследования:** ${plan\_obsledovaniya}

**План лечения:** ${plan\_lecheniya}

Врач: ${staff\_full\_name} Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_