**Обследование пациента при первичном обращении** Дата обращения {{applicationDate}}

**Причина обращения, жалобы**: {{complains}}

**Состояние общего здоровья со слов пациента:** {{stateOfHealth}}

|  | ненужное зачеркнуть | | Если ДА, уточнить |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы | {{cardiovascularSystemYes}} | {{cardiovascularSystemNo}} | {{cardiovascularSystem}} |
| Заболевания нервной системы | {{nervousSystemYes}} | {{nervousSystemNo}} | {{nervousSystem}} |
| Заболевания эндокринной системы | {{endocrineSystemYes}} | {{endocrineSystemNo}} | {{endocrineSystem}} |
| Заболевания органов пищеварения | {{digestiveSystemYes}} | {{digestiveSystemNo}} | {{digestiveSystem}} |
| Заболевания органов дыхания | {{respiratorySystemYes}} | {{respiratorySystemNo}} | {{respiratorySystem}} |
| Инфекционные заболевания (вирусный гепатит, туберкулез, ВИЧ-инфекции, СПИД и т.д.) | {{infectiousDiseasesYes}} | {{infectiousDiseasesNo}} | {{infectiousDiseases}} |
| Аллергические реакции | {{allergicReactionsYes}} | {{allergicReactionsNo}} | {{allergicReactions}} |
| Постоянное применение лекарственных средств | {{continuousUseOfMedicinesYes}} | {{continuousUseOfMedicinesNo}} | {{continuousUseOfMedicines}} |
| Вредные факторы производственной среды | {{harmfulFactorsYes}} | {{harmfulFactorsNo}} | {{harmfulFactors}} |
| Беременность, послеродовый период | {{pregnancyOrPostpartumPeriodYes}} | {{pregnancyOrPostpartumPeriodNo}} | {{pregnancyOrPostpartumPeriod}} |
| Другое | {{other}} |  |  |

**Внешний осмотр:** Конфигурация лица: {{faceConfiguration}}

**Состояние:**

кожных покровов, красной каймы губ:{{conditionOfTheSkinRedBorder}}

регионарных лимфатических узлов:{{lymphNodes}}

височно-нижнечелюстного сустава: {{temporomandibularJoint}}