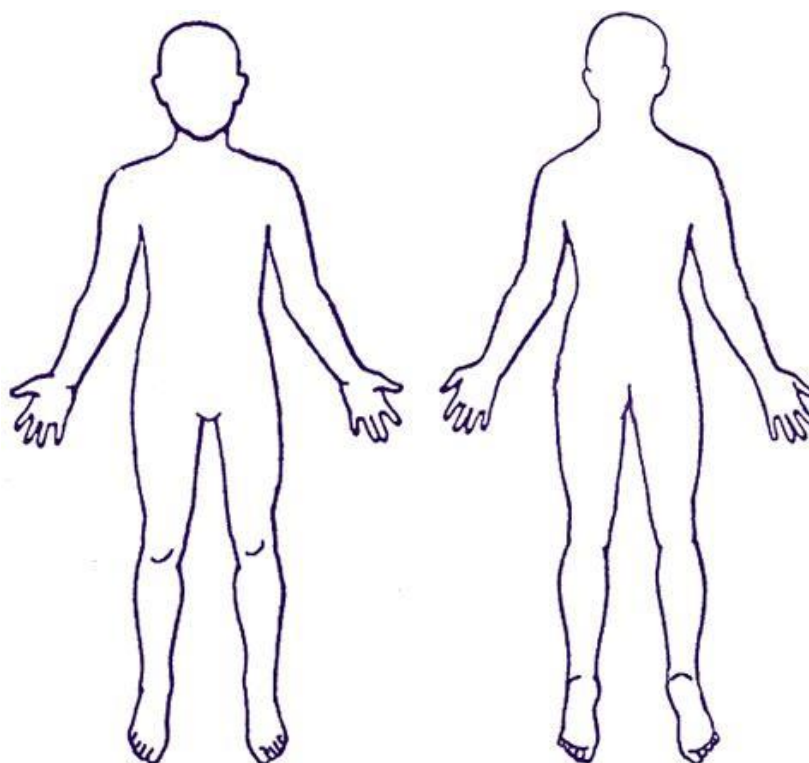
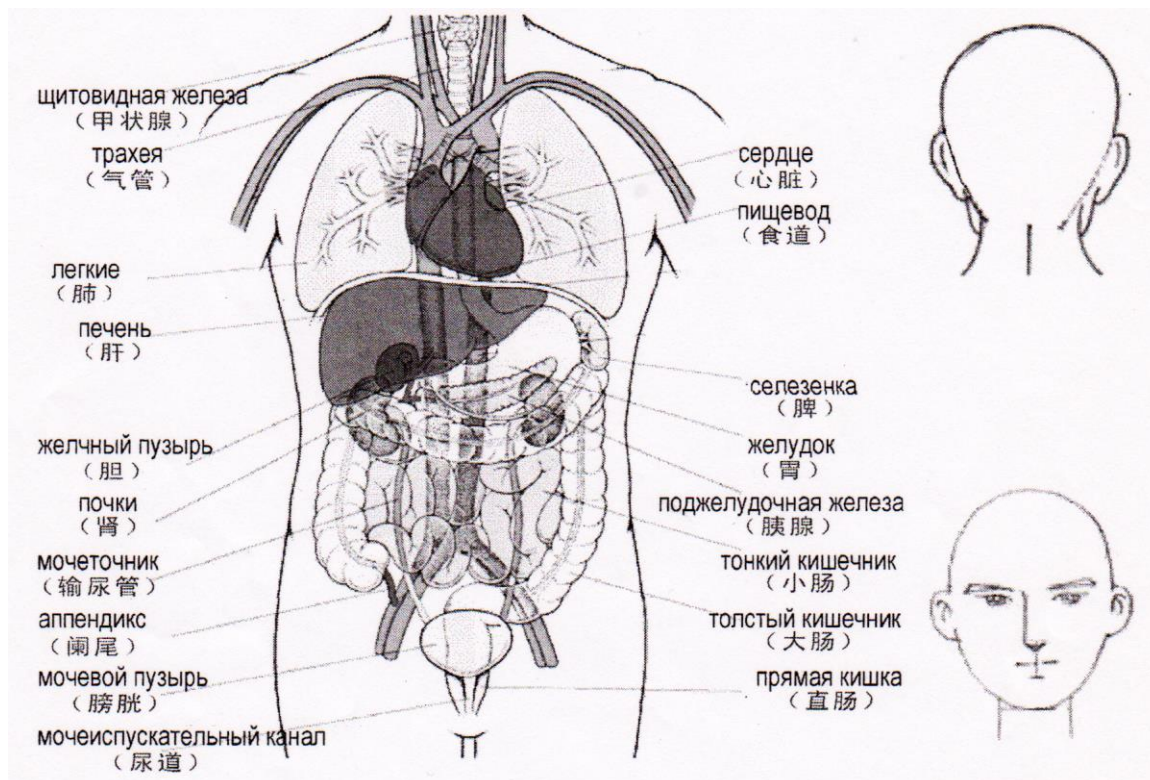


# 1. ПЕРВЫЙ ПРИЕМ.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КЛИЕНТА

Имя:		Дата рождения:	
------	--	----------------	--

### 1.1. ОБРАЗ



1.2. ЖАЛОБЫ КЛИЕНТА

1.3. ДИАГНОЗ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЗАПАДНОЙ МЕДИЦИНЫ (ЕСЛИ ЕСТЬ.  
ДОКУМЕНТЫ СМ. В ПРИЛОЖЕНИИ)

1.4. ПЛАН ИССЛЕДОВАНИЯ. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.  
НАЗНАЧЕННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ.

Дата:		Подпись специалиста:	
-------	--	----------------------	--