|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О.** | |  | | | | | | | | | | |
| Пол: | | | | Возраст: | | | | | | |  | |
| Рост: |  | | | | | Насколько уменьшился рост с возрастом: | | | | | | |
| Вес: |  | | | | | Динамика изменения веса за последний год: | | | | | | |
| Семейное положение, наличие детей: | | | | | | |  | | | | | |
| Контактный телефон: | | | | |  | | | | | | | |
| Электронный адрес (email): | | | | |  | | | | | | | |
| Основные жалобы: | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Диагнозы по данным медицинских документов: | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Сколько месяцев (лет) длится заболевание: | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли аллергия на какие-либо вещества, пищевые продукты, другое: | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Как часто бывают простудные заболевания: | | | | | | | | | | (раз в год) | | |
| Семейный анамнез (чем болели Ваши родители): | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

ОТМЕТЬТЕ СВОИ СИМПТОМЫ

Головная боль

|  |  |
| --- | --- |
| * часто повторяющаяся головная боль | * сопровождается тошнотой, рвотой |
| * боль в лобной части головы | * распирающая |
| * боль в височной части головы | * облегчается от холода |
| * боль в затылочной части головы | * облегчается от тепла |
| * односторонняя головная боль | * облегчается от сдавливания (сжимания тугой повязкой) |
| * двусторонняя головная боль | * усиливается от сдавливания (сжимания тугой повязкой) |
| * сильная головная боль (мигрень) | * возникает от физической нагрузки |
| * слабая | * возникает от усталости, переживаний |
| * Тупая, давящая | * постепенное начало боли |
| * Острая, пульсирующая |  |

Выпадение волос

* сильное небольшое жирная кожа головы (себорея)
* ломкость волос в каких зонах головы больше всего выпадают

Глаза

|  |  |
| --- | --- |
| * покраснение глаз * ощущение рези в глазах * болезненность при отведении (движении) глаз | * ощущение сухости в глазах |
| * боль в глазах |
|  |
| * Головокружение | * Звон в ушах |

Снижение слуха

|  |  |
| --- | --- |
| как давно, причины: |  |

Акне на коже (прыщики, черные точки)

* небольшое количество акне большое количество акне

|  |  |
| --- | --- |
| укажите локализацию: |  |

Нос

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * отечность и болезненность слизистой   оболочки носа   * прозрачные и жидкие выделения | * постоянный (частый) насморк * непрозрачные и густые выделения из носа |  |
| * чувство заложенности носа, сухость | |

Привкус во рту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * горький * соленый * безвкусие | | * кислый |
| * сладкий |
| * Сухие губы |
| * Трещины в уголках рта | * Выраженная краснота губ | |
| Язык |  | |
| * борозды на языке | * отпечатки зубов по краям языка | |

Налет на языке

|  |  |
| --- | --- |
| * толстый * белый * равномерный | * тонкий * желтый * неравномерный (географический язык) |

Зубы и десны

|  |  |
| --- | --- |
| * плохое состояние зубов * болезненные десны * красный цвет десен * часто стоматит * Неприятный запах изо рта | * боль в зубах * кровоточивость десен * бледный цвет десен * регулярно посещаете стоматолога |

Горло

|  |  |
| --- | --- |
| * ощущение зуда, першения в горле * ощущение сухости в горле и привкус горечи * отечность и болезненность горла * неприятные ощущения при глотании | * красное горло * увеличенные миндалины (хронический тонзиллит) * ощущение комка в горле * чувство тошноты при глотании лекарств |

Кашель

|  |  |
| --- | --- |
| * сухой кашель * астматический кашель, астма * громкий, звонкий кашель * утренний кашель | * кашель с мокротой * кашель возникает (усиливается) после физической нагрузки * покашливание при разговоре * постоянный кашель |

Одышка (затрудненное дыхание)

|  |  |
| --- | --- |
| * легкая одышка * сильная одышка * ощущение стеснения (заложенности) в груди, нехватки воздуха | * одышка средней степени |
| * одышка при небольшой физической нагрузке |
|  |

Сердцебиение

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Легкое * возникает от эмоций | * Сильное * возникает от незначительной физ нагрузки | |  |
| * Колющая боль в области сердца | | * Ощущение распирания и дискомфорта в   подреберье | |

Сердечно-сосудистые заболевания

|  |  |
| --- | --- |
| диагноз: |  |
|  | |

Артериальное давление

|  |  |
| --- | --- |
| Обычно: | как долго повышается: |
| Максимальные цифры: | Минимальные цифры: |

Боль в желудке

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * возникает натощак * сильная * тупая * режущая, острая * тянущая * облегчается от холода * усиливается от тепла | * усиливается от надавливания * возникает после еды * слабая * жгучая или пекущая * давящая * облегчается от тепла * облегчается от надавливания | |
| * Ощущение распирания в желудке | | * Ощущение сокращения и спазмов |
| * Ощущение перистальтики и переливания жидкости в желудке | | * Позывы на рвоту |

Отрыжка

|  |  |
| --- | --- |
| * с кислым вкусом | * с горьким вкусом * икота |

Боль внизу живота

|  |  |
| --- | --- |
| * тянущая * спазматическая * облегчается от холода * усиливается от тепла | * распирающая * облегчается от надавливания * усиливается от надавливания |

Боль в шее, **позвоночнике, плечах**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * постоянная | * ноющая (ломящая) | * затруднение (невозможность) согнуть (разогнуть) спину |

Локализация боли

Суставы

|  |  |
| --- | --- |
| * тугоподвижность суставов верхних конечностей * опухание и боль в суставах верхних конечностей * потеря эластичности, спазмы сухожилий | * тугоподвижность суставов нижних конечностей * опухание и боль в суставах нижних конечностей * мигрирующая боль в суставах |

|  |  |
| --- | --- |
| * Боль во всем теле * Ощущение тяжести в теле * Отеки нижних конечностей * Отечность лица * Снижение чувствительности конечностей * Непереносимость холода, предпочтение тепла * Непереносимость тепла (жары), предпочтение прохлады * Зябкость рук и ног | * Мышечный спазм во всем теле * Интенсивная опоясывающая боль * Онемение конечностей * Отеки всего тела * Холодные конечности * Ощущение жара в ладонях и стопах * Отеки под глазами |

Потливость

|  |  |
| --- | --- |
| * сильная потливость * потливость от незначительной физической нагрузки * потливость после еды * потение ладоней * пот без запаха | * ночная потливость (во время сна) * потливость от эмоционального расстройства * потение головы * потение стоп * неприятный запах пота |

Сон

|  |  |
| --- | --- |
| * бессонница * много сновидений * ощущение усталости после сна * сонливость после еды | * долгое засыпание * беспокойный сон, частое просыпание * сонливость днем * сколько в среднем часов спите\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Жажда

|  |  |
| --- | --- |
| * предпочтение холодных напитков | * предпочтение горячих напитков |
| * жажда и желание много пить * сколько выпиваете воды в день\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * нежелание много пить |

Аппетит

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * плохой аппетит * голод без желания есть * Нерегулярное питание | * частый голод и повышенный аппетит * желание есть мало и часто |  |

Мочеиспускание

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * частое мочеиспускание днем * частое мочеиспускание ночью.   Укажите, сколько раз за ночь: | | * срочное мочеиспускание, невозможность терпеть * недержание мочи |
|  | * светлый желтый цвет мочи * мутная моча | * темный желтый цвет мочи * болезненное мочеиспускание |

Кишечник

|  |  |
| --- | --- |
| * частые запоры * утренняя диарея * диарея с болью внизу живота * диарея с остатками не переваренной пищи | * слабый стул (диарея) * диарея от эмоционального расстройства * диарея с ощущением жжения |
|  |

Симптомы у мужчин

|  |  |
| --- | --- |
| * боль в яичке * отечность мошонки * усиленное потоотделение в области мошонки * ощущение жжения в уретре * нарушение потенции * эякуляция во сне | * зуд в области мошонки * ощущение холода в области мошонки * боль в промежности * болезненное мочеиспускание * преждевременная эякуляция * снижение потенции * бесплодие |

Менструальный цикл

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | * нерегулярный менструальный цикл * обильные менструации (полименорея) * ноющая (ломящая) боль в пояснице, боль в желудке во время менструации | | * болезненные менструации (альгоменорея, дисменорея, альгодисменорея) * скудные менструации (олигоменорея) * аменорея (отсутствие менструаций) |  |
| **Сколько было беременностей и родов:** | |  | | |

Дисфункциональные маточные кровотечения

* умеренные маточные кровотечения с постепенным началом
* обильные маточные кровотечения с внезапным началом

Лейкорея (обильные бели)

|  |  |
| --- | --- |
| * обильные выделения белого цвета | * обильные, густые и желтоватые выделения |
| * лейкорея с неприятным запахом | * молочница |

|  |  |
| --- | --- |
| * Бесплодие |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Принимаете ли Вы гормональные контрацептивы, какие, как долго: | |  |
| Используете ли Вы внутриматочные средства, какие, как долго: |  | |

Пульс

|  |  |
| --- | --- |
| * Частота пульса\_\_\_\_\_\_\_\_ | * аритмия |

**Характер и эмоции**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | * оптимистичный, открытый новым идеям, жизнерадостный * нервозный и раздражительный * замкнутый и консервативный * склонный к депрессии | | * Пессимистичный, меланхоличный * беспокойный * склонный к чрезмерным размышлениям * гневливый * легко возбудимый, эмоциональный |  |
|  | * Повышенная утомляемость, упадок сил | * Напряженная работа, стрессы | |  |
| Опишите другие свои симптомы, не нашедшие отражения в анкете: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Какой еде Вы отдаете предпочтение, опишите кратко свой дневной рацион: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Есть ли у Вас вредный привычки (курение, чрезмерное употребление алкоголя и др.): | | | | |
|  | | | | |
| Какое Ваше любимое занятие (хобби): | | | | |
|  | | | | |
| Укажите данные медицинских обследований, которые отличаются от нормы: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Какие у Вас были/есть другие заболевания и какими методами их лечили, был ли эффект: | | | | |
| Опишите Ваш уровень физической нагрузки (какая нагрузка, сколько раз в день/неделю): | | | | |
|  | | | | |