|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О.** | |  | | | | | | | | | | |
| Пол: | | | | * женский | | | | | | | * мужской | |
| 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 |
| * не часто повторяющаяся головная боль | * сопровождается рвотой |
| * боль в лобной части головы | * облегчается от холода |
| * боль в височной части головы | * облегчается от тепла |
| * боль в затылочной части головы | * облегчается от сдавливания (сжимания тугой повязкой) |
| * односторонняя головная боль | * усиливается от холода |
| * двусторонняя головная боль | * усиливается от тепла |
| * сильная головная боль (мигрень) | * усиливается от сдавливания (сжимания тугой повязкой) |
| * слабая | * возникает от физической нагрузки |
| * тупая | * возникает от эмоциональных переживаний (стрессов) |
| * острая | * возникает от усталости |
| * пульсирующая | * постепенное начало боли |
| * давящая | * резкое начало боли |
| * распирающая |  |

Выпадение волос

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

Зрение

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * близорукость | | | | * дальнозоркость |
| правый глаз (укажите цифры): | | |  | |
| левый глаз (укажите цифры): | |  | | |
| оба глаза: |  | | | |
| как давно: |  | | | |
|  |  | | | | |

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: |  |
|  | |
|  | |

Цвет лица

|  |  |
| --- | --- |
| * бледный | * желтый |
| * темный | * красный |
| * красные щеки * выражено краснеет при волнении | * сосудистые «звездочки» |

Акне на коже

* небольшое количество акне
* большое количество акне

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

Нос

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

Привкус во рту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * горький * соленый * безвкусие | | * кислый |
| * сладкий |
|  |
| * Сухие губы | * Выраженная краснота губ | |
| * Пятна на губах | * Трещины в уголках рта | |
| Язык |  | |
| * светлый красный цвет языка * интенсивно красный цвет языка * борозды на языке | * бледный язык * темный красный цвет языка * 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 | * боль в зубах * кровоточивость десен * бледный цвет десен * регулярно посещаете стоматолога |
| * Неприятный запах изо рта | |

Горло

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

Слюна

|  |  |
| --- | --- |
| * жидкая | * густая |
| * мало слюны | * большое количество слюны |

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 | * сильное | |
| * возникает от эмоций | * возникает от незначительной физической нагрузки | |
| * Колющая боль в области сердца | | * Ощущение распирания и дискомфорта в подреберье | |

Сердечно-сосудистые заболевания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| диагноз: | |  | | | |
|  | | | | | |
| * легкая степень | | * средняя степень | * тяжелая степень |

Артериальное давление

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| повышенное (укажите цифры): | | Максимальные цифры: |
| пониженное (укажите цифры): | | Минимальные цифры: |
| как долго: |  | |
|  | | |

Боль в желудке

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * возникает натощак * сильная * тупая * режущая * тянущая * боль в желудке с ощущением холода * облегчается от холода * усиливается от тепла * усиливается от надавливания | * возникает после еды * слабая * острая * жгучая или пекущая * давящая * облегчается от тепла * облегчается от надавливания * усиливается от холода | |
|  | |
| * Ощущение распирания в желудке | | * Ощущение сокращения и спазмов в желудке |
| * 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 * усиливается от надавливания | * распирающая * облегчается от тепла * облегчается от надавливания * усиливается от холода |
|  |

Шея

|  |  |
| --- | --- |
| * тугоподвижность шеи | * боль в шее |
|  |  |

|  |
| --- |
| * ноющая (ломящая) боль в плечах |

Боль в спине

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

Мочеиспускание

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * частое мочеиспускание днем * частое мочеиспускание ночью.   Укажите, сколько раз за ночь: | | * срочное мочеиспускание, невозможность терпеть | |
| * светлый желтый цвет мочи * мутная моча * недержание мочи | | * 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 жара в области мошонки * ощущение жжения в уретре * нарушение потенции * эякуляция во сне * ощущение холода внизу живота | * двусторонняя боль в яичках * зуд в области мошонки * ощущение холода в области мошонки * боль в промежности * болезненное мочеиспускание * преждевременная эякуляция * импотенция * бесплодие |

Менструальный цикл

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * нерегулярный менструальный цикл * задержка менструального цикла * обильные менструации (полименорея) * яркий красный цвет менструальных выделений * темный красный цвет менструальных выделений * ноющая (ломящая) боль в пояснице, боль в желудке во время менструации | | * раннее начало менструаций * болезненные менструации (альгоменорея, дисменорея, альгодисменорея) * скудные менструации (олигоменорея) * светлый (бледный) красный цвет менструальных выделений * менструальные выделения со сгустками * аменорея (отсутствие менструаций) |
| **Сколько было беременностей и родов:** | |  | | |

Дисфункциональные маточные кровотечения

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Ощущение жжения внизу живота | * Ощущение холода внизу живота |

Лейкорея (обильные бели)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Бесплодие | |  | |
| Дата последней менструации: |  | | |
| Какими способами контрацепции Вы пользуетесь: | | |  |
|  | | |  |

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

Пульс

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * сильный | * слабый | | * аритмия |
| * пульс 50-60 ударов в минуту | | * пульс 60-80 ударов в минуту | |
| * пульс 80-100 ударов в минуту | | * пульс 100-120 ударов в минуту | |

**Характер и эмоции**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * оптимистичный, открытый новым идеям, жизнерадостный * подверженный меланхолии * нервозный и раздражительный * замкнутый и консервативный * склонный к депрессии | | * пессимистичный * беспокойный * склонный к чрезмерным размышлениям * гневливый * легковозбудимый, 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): | | | | |
|  | | | | |
| Если Вы имеете данные медицинских обследований, укажите результаты, которые отличаются от нормы: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Какие у Вас были/есть другие заболевания и какими методами Вы их лечили, был ли эффект: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Опишите Ваш уровень физической нагрузки (какая нагрузка, сколько раз в день/неделю): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |