|  |  |
| --- | --- |
| **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): |
|  |
|  |