**Ответьте, пожалуйста, на нижеперечисленные вопросы:**

**Ф.И.O.:**

**Возраст:**

**Рост:**

**Вес:**

***Ответьте, пожалуйста, на вопросы да/нет (что-то необходимо подчеркнуть). Беспокоили ли Вас следующие симптомы (в течение последнего года):***

***Состояние желудочно-кишечного тракта:***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. тяжесть в желудке, тошнота
 |  да/нет |
| 1. отрыжка (отхождение воздуха) после приема пищи
 | да/нет |
| 1. отрыжка тухлым яйцом
 | да/нет |
| 1. неприятный запах из рта в течении дня
 | да/нет |
| 1. сухость во рту, даже после употребления воды
 | да/нет |
| 1. вздутие, бурление в животе
 | да/нет |
| 1. изжога (до или после еды)
 | да/нет |
| 1. сильное чувством голода через два часа после приема пищи
 | да/нет |
| 1. запор/понос
 | нужное подчеркнуть |
| 1. реакция на прием пищи (сразу после еды бегу в туалет)
 | да/нет |
| 1. кал неоформленный, плохо смывается ершиком
 | да/нет |
| 1. тяжесть в правом или левом боку
 | да/нет |
| 1. ощущение горечи во рту
 | да/нет |
| 1. боли в кишечнике (спазмы)
 | да/нет |
| 1. язык с утра обложен налетом (белый, серый)
 | да/нет |
| 1. язвочки, трещины на языке
 | да/нет |
| 1. следы от зубов на языке (по бокам)
 | да/нет |
| 1. скрип зубами (во время сна) – этот вопрос добавить
 | да/нет |

***Состояние кожи/слизистых:***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. синяки под глазами или вокруг глаз
 | да/нет |
| 1. ксантелазмы на веках/локтях/по телу

(жировые отложения, плоской формы, желтого цвета) | да/нет |
| 1. угри/прыщи (лицо, тело, голова)
 | да/нет |
| 1. кожный зуд частый
 | да/нет |
| 1. отеки по утрам на лице, отечное лицо днем
 | да/нет |
| 1. белые угри, которые невозможно выдавить, папилломы (бородавки)
 | да/нет |
| 1. много родинок/красные родинки - гемангиомы
 | да/нет (подчеркнуть) |
| 1. пигментация на лице, по телу
 | да/нет |
| 1. потливость ночная
 | да/нет |
| 1. частые вирусные инфекции, а также частые бактериальные инфекции (ангины, гнойный насморк)
 | да/нет |
| 1. аллергические проявления - насморк, кашель, высыпания на коже по типу крапивницы
 | да/нет |
| 1. грибок на ногтях (руки, стопы)
 | да/нет |
| 1. кандидоз гинекологический (молочница), а также частые стоматиты
 | да/нет |
| 1. воспаленные лимфатические узлы (периодически/постоянно)
 | да/нет |

***Общее состояние организма***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. постоянная заложенность носа без простуды, постоянный насморк, Вы вынуждены брызгать спреи/ капли в нос
 | да/нет |
| 1. частый кариес, налет, проблемы с зубами
 | да/нет |
| 1. лишний вес сконцентрирован больше на животе
 | да/нет |
| 1. тяга к сладкому, мучному, дрожжевой выпечке
 | да/нет |
| 1. тяга к алкоголю (пиво, крепкие напитки)
 | да/нет |
| 1. хочется сладкого после каждого приема пищи
 | да/нет |
| 1. снижение памяти, концентрации, внимания
 | да/нет |
| 1. появилось чувство внутреннего напряжения, тревоги, беспокойства
 | да/нет |
| 1. вынуждены часто пить крепкий кофе, чай, чтобы ощутить бодрость
 | да/нет |
| 1. непроизвольно шевелите ногами перед сном
 | да/нет |
| 1. периодические головные боли
 | да/нет |
| 1. просыпаетесь с утра уставшим, при полноценном 8 часовом сне
 | да/нет |
| 1. заметили выпадение волос
 | да/нет |
| 1. стали дольше восстанавливаться после физических нагрузок
 | да/нет |
| 1. боли в мышцах, связках и суставах
 | да/нет |
| 1. пониженное давление (укажите цифры)
 | да/нет |
| 1. повышенное артериальное давление (укажите цифры)
 | да/нет |
| 1. иногда чувствуете сердце, учащенное сердцебиение
 | да/нет |
| 1. одышка при физической нагрузке
 | да/нет |
| 1. кровоточивость десен
 | да/нет |
| 1. ночное хождение в туалет «по-маленькому»
 | да/нет |
| 1. снизились сексуальные возможности/влечение
 | да/нет |
| 1. частые циститы
 | да/нет |
| 1. переносили и лечились ли от следующих инфекций: уреаплазмоз, хламидиоз, ВПЧ (вирус папилломы человека), кандидоз ( молочница), герпес
 | да/нет |
| 1. опишите свою менструацию (подчеркнуть):

-регулярна -безболезненная-болезненная-умеренные выделения-обильные выделения-перед менструацией набираете вес -головные боли-перепады настроения-сухость влагалища при половых контактах | да/нет |
| 1. менопауза (возраст начала)
 | да/нет |
| 1. ухудшалось ли состояние с началом менопаузы (приливы, перепады настроения, повышение веса, боли в мышцах и суставах)
 | да/нет |

- **Насколько правильно Вы питаетесь?**

 - **Ваше примерное меню на день:**

- **Какие добавки (БАД, витамины) вы принимаете?**

**- Какие лекарственные препараты Вы принимаете?**

- **Какое количество чистой воды Вы выпиваете за сутки?**

- **Укажите имеющиеся хронические заболевания**

- **Какая регулярная физическая активность присутствует на данный момент?**

- **Имеются ли у Вас профессиональные вредности (контакт с химией на производстве, аэрозоли/газы, высокие температуры)?**