**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)?**