



Анкета оценки состояния здоровья и образа жизни

ФИО: _____

Пол: М / Ж **Дата рождения:** « ___ » г . **Вес:** кг. **Рост:** см.

Телефон/электронная почта: _____

Имя (логин) в Инстаграм _____

Место рождения _____

Место проживания на данный момент _____

Профиль деятельности (компьютер, производство, какие вредности) _____

Вредные привычки: курение (количество сигарет в день в течение лет),
алкоголь раз(а) в неделю в течение лет)

Жалобы на _____

Что приносит облегчение? (лекарство, вынужденное положение, голод и т.д.) _____

Заболевания в настоящее время (острые и хронические)

Заболевание	Год постановки диагноза

Перенесенные операции, включая пластические:

Название операции	Год

Аллергия на лекарства, продукты, бытовая: перечислите на что и какие проявления (зуд, высыпания и т.д.)

Препарат, в чем проявления аллергии (сыпь, зуд и т.д.)

Отметьте заболевания, которые есть (были) у Вас и Ваших ближайших родственников. Обведите заболевание и поставьте галочку в графе у кого было или есть это заболевание.

Имеющиеся проблемы	Вы	Мать/отец	Бабушки / дедушки
Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инсульт)			
Онкология (какого органа)			
Болезни вен (тромбоэмболия, тромбофлебит, тромбоз)			
Неврологические болезни (эпилепсия, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, аутизм, мигрень, бессонница)			
Болезни печени (гепатит, цирроз)			
Психические болезни (депрессия, панические атаки, анорексия, эпилепсия, шизофрения)			
Аутоиммунные болезни (псориаз, витилиго, волчанка, и др.)			
Болезни крови (анемия, нарушение свертываемости)			
Эндокринные болезни (ожирение, избыток веса, недостаток веса, гипотиреоз, зоб, диффузно-токсический зоб, послеродовой/подострый тиреоидит и др.) сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа, диабет во время беременности и др)			
Болезни глаз (катаракта, диабетическая ретинопатия, миопия)			
Болезни дыхательной системы (астма, эмфизема, бронхит, пневмония, туберкулез)			
Болезни мочевыделительной системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, камни, бессимптомная бактериурия)			
Болезни органов пищеварения (язва, гастрит, жировой гепатоз, панкреатит, колит, болезнь Крона, перитонит, холецистит, кишечная непроходимость)			
Болезни костно-мышечной системы (артрит, остеохондроз, боли в мышцах, артроз, остеопороз)			
Болезни кожи (фурункулез, лишай, контагиозный моллюск, герпес, бородавки, микозы)			

Инфекционные заболевания (гепатиты, ВИЧ, СПИД, сифилис, вирус герпеса, Эпштейна-Бара, цитомегаловирус.)			
Паразитарные заболевания (лямблии, острицы, аскариды, токсакары, печеночный сосальщик, амеба дизентерийная, трихинелла, эхинококк, шистосома)			
Гинекологические заболевания: эндометриоз, миома матки, фиброзно-кистозная мастопатия, синдром поликистозный яичников, бесплодие, нарушения менструального цикла, эрозия шейки матки, дисплазия шейки матки)			
Алкоголизм, лекарственная или нарколоогическая зависимость			
<p>Для женщин – перечислите все беременности по следующему плану:</p> <p>Беременность 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в каком году закончилась беременность 2) чем закончилась беременность: самостоятельные роды или кесарево сечение, на каком сроке ____ недель, аборт, выкидыш, внематочная беременность 3) осложнения беременности: ранний токсикоз, отеки, повышение давления, пре-эклампсия, угроза прерывания беременности 4) Общая прибавка в весе за беременность ____ кг 5) Вес и рост новорожденного <p>Беременность 2</p> <p>Беременность 3</p>			

Перечислите все лекарства, витамины и БАДы, которые принимаете в настоящее время:

Название:	Доза (мг)	Частота (в день)

Испытываете ли Вы в настоящее время следующие симптомы:

Имеющиеся проблемы	Да	Нет
Симптомы аллергии (заложенный нос, слезящиеся глаза, насморк)		
Образования (узлы и т.п.) на шее, груди, в подмышках, паху		
Боль в груди		
Одышка в покое		
Одышка при физической нагрузке		
Боль в животе		
Диарея		
Запор (затрудненная перистальтика кишечника)		
Кровь в стуле или стул черного цвета		
Затрудненное мочеиспускание		
Недержание мочи		
Выделения или дискомфорт половых органов		
Мочеиспускание ночью		
Боль в мышцах, костях или суставах		
Отеки		
Воспаление кровотоков десен		
Кровотечения из носа		
Метеоризм (скопление газов)		
Зуд в промежности		
Запах изо рта (не устраняемый чисткой зубов)		
Нарушения памяти		
Сниженная энергичность		
Боль в спине		
Раздражительность, нервозность, тревожность		
Заторможенность		
Сухие/ломкие волосы и/или сухая кожа		
Угри		
Поредение, выпадение волос		

Имеющиеся проблемы (только для мужчин)	Да	Нет
Боль при эякуляции		
Затруднения с достижением/удержанием эрекции		
Преждевременная эякуляция		
Бесплодие		
Сниженное качество спермы		
Хронический простатит		
Пониженная сексуальная активность		

Имеющиеся проблемы (только для женщин)	Да	Нет
Повышенная сексуальная активность		
Пониженная сексуальная активность		

Задержка менструаций (на сколько дней)		
Боль в низу живота независимо от дня цикла		
Менструальные боли		
Обильные менструации		
Приливы		
Бесплодие		
Способ контрацепции:		
- презерватив		
- диафрагма		
- таблетки		
- внутриматочная спираль		
- прерванный половой акт		

Особенности питания

Частота приема пищи раз в день

ФРУКТЫ раз в день, количество граммов в день

ОВОЩИ раз в день, количество граммов в день КАКИЕ

ПРЕДПОЧИТАЕТЕ: свежие/тушеные/запеченые

МЯСО (говядина, свинина, баранина, крольчатина) раз в неделю

ПТИЦА раз в неделю

РЫБА раз в неделю

МОЛОКО количество мл в день/неделю.

КЕФИР количество мл в день/неделю.

ТВОРОГ количество грамм в день/неделю,

СЫР количество грамм в день/неделю. .

СЛАДОСТИ (конфеты, выпечка, торты) раз в день

КОНСЕРВИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ раз в неделю

КОПЧЕНОСТИ раз в неделю

ЖАРЕННЫЕ БЛЮДА раз в неделю

КАКОЕ МАСЛО ИСПОЛЬЗУЕТЕ ДЛЯ ЖАРКИ: Подсолнечное / Оливковое /

Животные жиры

ХЛЕБ раз в день

КАКОЙ ХЛЕБ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ? Черный / Белый / Другое

ОРЕХИ И СЕМЕЧКИ раз в неделю

В КАКОМ ВИДЕ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ОРЕХИ И СЕМЕЧКИ? Сырые / Жареные

СЛАДКИЕ/ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ раз в неделю

ФАСТ ФУД раз в неделю

ВОДА (негазированная, газированная) мл в день

КАКУЮ ВОДУ ИСПОЛЬЗУЕТЕ ДЛЯ ПИТЬЯ: Водопроводную / Фильтрованную водопроводную / Воду из скважины / Воду из пластиковых бутылей / Минеральную воду/

Укажите ваши любимые продукты питания:

Сколько часов в сутки спите? Днем час. Ночью час. Во сколько ложитесь спать

Как часто работаете по ночам? раз в месяц

Просыпаетесь ли ночью? Да / Нет (если «Да», то почему)

Чувствуете себя отдохнувшим после сна? Да / Нет (если «Нет», то почему)

Ваш вид физических нагрузок (плавание, бег, ходьба, аэробика, силовые упражнения, йога, пилатес и др.)

Длительность занятий спортом раз в неделю, часов в неделю

Подпись: Дата: « » г.

Приложите к анкете все последние результаты анализов за прошедший год и выписки из стационара
