**Анкета Пациента**

**для online консультации у фитотерапевта**

|  |  |
| --- | --- |
| ***вопрос*** | ***ответ*** |
| ФИО |  |
| точная дата рождения  |  |
| возраст [полных лет] |  |
| вес / рост |  |
| худел-полнел за последнее время – месяцы-годы, почему  |  |
|  |
|  |
| цвет кожи (белый – смуглый) |  |
| цвет глаз |  |
| **Основные** **жалобы**подробно |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Анамнез** |
| как давно болеете |  |
|  |
|  |
| проводимые обследования |  |
|  |
|  |
|  |
| результаты обследований |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| госпитализации |  |
|  |
|  |
|  |
| выписные эпикризы[можно приложитьотдельными файлами] |  |
|  |
|  |
|  |
| принимаемые препараты |  |
|  |
|  |
| последнее ухудшение состояния здоровья |  |
|  |
|  |
|  |
| **Посистемный опрос** |
| **Сердечно-сосудистая система**[симптомы, жалобы, диагнозы]  | одышка |  |
|  |
| давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе |  |
|  |
|  |
| были ли инфаркты миокардаили операции на сердце |  |
|  |
|  |
| артериальное давление: максимум / обычное |  |
| препараты |  |
|  |
|  |
|  |
| результаты обследований |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Состояние вен и артерий **нижних конечностей:** |  |
|  |
|  |
| отеки |  |
|  |
|  |
| изменение цвета кожи |  |
|  |
|  |
| трофические язвы |  |
|  |
|  |
| другие данные |  |
|  |
|  |
| **Дыхательная система** | кашель |  |
|  |
| мокрота |  |
|  |
| одышка |  |
|  |
| частые ОРЗ |  |
|  |
|  |
| бронхиты |  |
|  |
|  |
| другая патология |  |
|  |
|  |
| ЛОР –патология |  |
|  |
|  |
|  |
| **бронхиальная астма [подробно]** |
| аллергены |  |
|  |
|  |
|  |
| когда обостряется |  |
|  |
|  |
| принимаемые препараты |  |
|  |
|  |
|  |
| **ЖКТ** **Желудочно-Кишечный Тракт**подробно | изжога |  |
|  |
|  |
| отрыжка |  |
|  |
|  |
| боли в животе: до или после еды, через какое время |  |
|  |
|  |
|  |
| состояние желчного пузыря |  |
|  |
|  |
| сколько обычно приемов пищи за день[основных и перекусов] |  |
|  |
|  |
| когда происходит 1-й прием пищи утром |  |
| когда происходит последний прием пищи перед сном |  |
| **стул:** регулярность, консистенция [твердый, кашица] |  |
|  |
| опишите Ваш питьевой режим: кол-во выпиваемой воды и др. напитков в течение дня |  |
|  |
|  |
| газообразование |  |
|  |
|  |
| другое |  |
|  |
|  |
| **Мочевыделительная система** | циститы |  |
|  |
| пиелонефриты |  |
|  |
| мочекаменная болезнь |  |
|  |
| другое |  |
|  |
| **Эндокринная система** | состояние щитовидной железы |  |
|  |
| анализы на уровень гормонов |  |
|  |
| принимаемые гормональные препараты |  |
|  |
|  |
| как переносите жару-холод |  |
| потливость |  |
|  |
| **сахарный диабет:**с какого возраста |  |
| принимаемые препараты |  |
|  |
|  |
|  |
| уровень глюкозы в последнее время |  |
| **Нервная система** | головные боли [описать] |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| головокружения |  |
|  |
|  |
|  |
| шаткость при ходьбе |  |
|  |
|  |
| переносили ли Вы инсульты |  |
|  |
|  |
| боли в спине [в каком отделе, ноющие, тупые, острые, при нагрузке, в покое, в каком положении] |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| грыжи позвоночника |  |
|  |
|  |
|  |
| другая патология |  |
|  |
|  |
|  |
| **Сон** как быстро засыпаете |  |
| просыпаетесь ли ночью |  |
|  |
|  |
| сколько часов спите |  |
| сколько часов нужно, чтобы полностью выспаться |  |
| **Физическая активность:**у Вас сидячая работа? |  |
| как часто посещаете спортивный зал? |  |
| как проводите выходные? |  |
| психологические проблемы [описать] |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Зрение** | Проблемы[описать] |  |
|  |
|  |
|  |
| катаракта |  |
|  |
|  |
|  |
| глаукома |  |
|  |
|  |
|  |
| **Травмы** | перечислите |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Все оперативные вмешательства** | перечислитес указанием периода |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Аллергические реакции** подробно | перечислите |  |
|  |
|  |
|  |
| на какие раздражители |  |
|  |
|  |
|  |
| **Кожа** | проблемы с кожей[описать] |  |
|  |
|  |
|  |
| **Хронические инфекционные процессы** | Перечислите,опишите |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Урологические проблемы** у мужчин | частота мочеиспусканий |  |
|  |
|  |
| состояние предстательной железы |  |
|  |
|  |
| Результат анализа крови на ПСА [PSA] |  |
| потенция |  |
|  |
|  |
| **Гинекологический анамнез** для женщин | описать цикл |  |
|  |
|  |
|  |
| регулярность |  |
|  |
| болезненность менструации |  |
|  |
|  |
| обильные |  |
|  |
| менопауза [с какого возраста] |  |
|  |
| операции |  |
|  |
|  |
| препараты |  |
|  |
|  |
| беременности |  |
|  |
|  |
|  |
| роды |  |
|  |
|  |
| **Дети** | течение беременности у мамы |  |
|  |
|  |
| данные при рождении |  |
|  |
| течение новорожденного периода |  |
|  |
|  |
| течение ранних лет жизни |  |
|  |
|  |
| **По желанию** | образование |  |
| род деятельности |  |
| продолжительность и интенсивность рабочего дня |  |
| наличие профессиональной вредности [промышленная химия, вибрация, облучения и пр.] |  |
| семейное положение |  |
| опишите Ваш отдых, в том числе отпуск |  |
| чтение |  |
| алкоголь |  |
| курение |  |
| отношения с близкими/ коллегами |  |
| художественные предпочтения в литературе-театре-кино-изобразительном искусстве |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| социальные сети |  |
|  |  |

Уважаемый Пациент!

Внимательно заполненную Анкету отправьте, пож-та, на эл. почту: zdorov-bolezni.net@yandex.ru

Будьте ВСЕГДА здоровы!