

## Анамнез (персональная медицинская история)

ФИО: \_\_\_\_\_ Тел: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ род занятий \_\_\_\_\_

1. Укажите в порядке приоритетности, в какой области Вам необходима помощь, в первую очередь (1), вторую (2) и т.д.

Диета\_\_ Образ жизни\_\_ Эмоциональное состояние\_\_ Другое (напишите) \_\_\_\_\_

---

2. Основные проблемы/жалобы: Перечислите или опишите все диагностированные у Вас заболевания или состояния, включая психические/психологические, и расположите их в порядке важности, с Вашей точки зрения, для Вашего здоровья:

---

3. Когда эти заболевания/состояния впервые проявились/начались?

---

4. Перечислите для каждого заболевания/состояния названия всех принимаемых в течение последнего года препаратов/лекарств/биодобавок, включая противозачаточные и инъекционные препараты:

---

5. Перечислите/приложите последние результаты медицинских анализов и обследований \_\_\_\_\_

---

6. Семейный анамнез (перечислите болезни в вашей семье):

---

7. Состояние здоровья в настоящее время:

Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ ИМТ (вес разделить на квадрат роста в м) \_\_\_\_\_

Температура тела сразу после просыпания (измерить не вставая с постели): \_\_\_\_\_

При возможности измерить натощак сахар крови (глюкометром) \_\_\_\_\_

Отметьте крестиком (X) имеющиеся у Вас симптомы/состояния:

сухость \_\_ сухой кашель \_\_ подергивание мышц \_\_ судороги \_\_\_\_\_

тугоподвижность /скованность \_\_ онемение \_\_ бессонница \_\_\_\_\_

тошнота \_\_ газообразование \_\_ рвота \_\_\_\_\_

болезненная чувствительность при прикосновении/пальпации областей тела \_\_\_\_\_

вздутие живота \_\_ запор \_\_ чрезмерная жажда \_\_ аппетит нестабильный \_\_\_\_\_

аппетит хороший \_\_ часто голод \_\_ мигрени \_\_ отеки \_\_\_\_\_

сыпь на коже \_\_\_ диарея \_\_\_ застойные явления/заложенность \_\_\_ синяки \_\_\_  
геморрой \_\_\_ спонтанное кровотечение \_\_\_ ощущения тяжести \_\_\_  
притупление/заторможенность \_\_\_ смена настроения \_\_\_ тупая/неявная боль  
\_\_\_ раздражающие боли \_\_\_ жгучие боли \_\_\_ острые боли \_\_\_ спастические  
боли \_\_\_ ломота и боли \_\_\_  
холодные конечности \_\_\_ холодные влажные/липкие руки \_\_\_ трудности с  
потоотделением \_\_\_ частое мочеиспускание \_\_\_ редкое мочеиспусканием \_\_\_  
субфебрильная температура \_\_\_ чрезмерная сонливость \_\_\_ недомогание \_\_\_  
чрезмерная вялость \_\_\_ недостаток энергии \_\_\_ отсутствие аппетита \_\_\_  
стресс дома или на работе \_\_\_ плохо засыпаете \_\_\_ просыпаетесь среди  
ночи \_\_\_

**Подвергаетесь ли вы воздействию токсических веществ** (отбеливатели, хлор-содержащие вещества, краски, работа с проф. вредностями и тд)? \_\_\_\_\_

**Есть ли у Вас аллергические реакции, какие?** \_\_\_\_\_

**Для мужчин:** Испытываете ли Вы боли при мочеиспускании? \_\_\_\_\_ проблемы с мочеиспусканием/недостаточность мочеиспускания? \_\_\_\_\_  
проблемы с потенцией? \_\_\_\_\_

Проблемы с предстательной железой: \_\_\_\_\_

**Для женщин:** Регулярность менструального цикла \_\_\_ длительность месячного цикла/сколько дней (с первого дня до первого дня) \_\_\_ дискомфорт при менструации \_\_\_ при овуляции \_\_\_ Опишите (что чувствуете, обильность, наличие сгустков, продолжительность, ПМС)

Возраст начала менструации: \_\_\_\_\_

Менструации: Дисменорея (болезненность) \_\_\_ аменорея (отсутствие менструации) \_\_\_ чрезмерно обильная менструация (менорагия) \_\_\_ скудная \_\_\_

Цвет менструальной крови \_\_\_

Есть ли сгустки крови или кусочки тканей в менструальной крови (Да/Нет) \_\_\_ Есть ли выделения между менструациями \_\_\_

Длительность менструации \_\_\_\_\_ дней.

Длительность менструального цикла \_\_\_\_\_ дней

Бесплодие \_\_\_\_\_ Не вынашиваемость /выкидыши \_\_\_\_\_ Сколько \_\_\_\_\_,

ПМС (предменструальный синдром) что беспокоит \_\_\_\_\_

Грибковые инфекции \_\_\_ герпетические \_\_\_ Бели \_\_\_

Слизистые выделения\_\_ Зеленые выделения \_\_\_\_ Коричневые выделения\_\_  
кровяные/алые\_\_ Имеют ли выделения запах (Да/Нет) \_\_\_\_  
Опишите\_\_\_\_\_

Количество беременностей\_\_\_\_ детей \_\_\_\_

Любые гинекологические нарушения в прошлом или настоящем (фиброзные кисты, синдром поликистозных яичников, аденомиоз, любая онкология, другое):  
\_\_\_\_\_

### 7.Время приема пищи:

Завтрак \_\_\_\_ Обед \_\_\_\_ Ужин \_\_\_\_ Доп.прием\_\_\_\_\_

Едите ли вы регулярно (Да/Нет) \_\_\_\_\_

Перекусываете ли между основными приемами пищи (Да /Нет)

Испытываете ли чувство голода до завтрака \_\_\_\_ до обеда \_\_\_\_ до ужина\_\_\_\_

Есть ли продукты или вкус, которые Вы НЕ ПЕРЕНОСИТЕ, или к которым Вы чувствительны, перечислите \_\_\_\_\_

Вы вегетарианец? \_\_\_\_Едите ли белок с каждым приемом пищи? \_\_\_\_\_

Выпиваемое количество жидкости в день? \_\_\_\_\_

Пьете ли напитки, кофеин-содержащие \_\_\_\_газированные напитки \_\_\_\_стимулирующие\_\_\_\_  
холодные напитки \_\_\_\_ во время еды\_\_\_\_ сразу после еды\_\_\_\_\_

Пьете ли более 250мл жидкости с едой\_\_\_\_\_

Есть ли у Вас повышенная/пониженная кислотность \_\_\_\_  
отрыжка\_\_ жжение \_\_\_\_ ощущение тяжести после приема пищи \_\_\_\_  
боли в ЖКТ \_\_\_\_ до еды \_\_\_\_ после еды \_\_\_\_ газообразование\_\_\_\_  
вкус во рту: кислый\_\_ горький\_\_ сладкий\_\_ металлический \_\_\_\_  
странный\_\_\_\_\_

Тошнота до/после еды \_\_\_\_ рвота до/после еды \_\_\_\_\_

Другие проблемы, связанные с приемом пищи или вкусом,  
опишите\_\_\_\_\_

Есть ли у Вас запах изо рта:  
постоянный\_\_ иногда\_\_ сильный\_\_ слабый\_\_\_\_\_

**Пример** типичного Вашего завтрака, напитки, время приема  
(опишите): \_\_\_\_\_

Типичный Ваш обед, напитки, время (опишите):  
\_\_\_\_\_

Перекусы между завтраком и обедом, время:  
\_\_\_\_\_

Послеобеденный перекус (опишите), время:

\_\_\_\_\_

Пример типичного Вашего ужина, напитки, время:

\_\_\_\_\_

Перекус после ужина, время: \_\_\_\_\_

Сколько часов сна Вы получаете \_\_\_\_ время засыпания \_\_\_\_  
время подъема \_\_\_\_\_

**Перечислите кратко, чем Вы обычно занимаетесь в течение дня:**

\_\_\_\_\_

Как часто, в какое время, продолжительность и какая физическая нагрузка в день \_\_\_\_\_  
неделю \_\_\_\_\_

### **8.Опорожнение кишечника:**

Стул: один раз в день \_\_\_\_ чаще одного раза в день \_\_\_\_ реже одного раза в день \_\_\_\_ или  
сколько раз в неделю? \_\_\_\_\_

В какое время дня у вас обычно стул: утром, как проснулись \_\_\_\_ после завтрака \_\_\_\_ до  
12.00 \_\_\_\_ во второй половине дня \_\_\_\_ вечером \_\_\_\_\_

**Анализ кала** (укажите «X», или Да/Нет):

Тяжелый \_\_\_\_ легкий \_\_\_\_\_

Тонет \_\_\_\_ не тонет \_\_\_\_\_

Липкий (прилипает) \_\_\_\_ не липкий (не прилипает) \_\_\_\_\_

Отвратительный запах \_\_\_\_ легкий фекальный запах \_\_\_\_\_

Прилипает к кишке \_\_\_\_ хорошо оформленный \_\_\_\_\_

Регулярный ли у Вас стул \_\_\_\_\_

Как долго наблюдается вышеуказанная модель дефекации (стул и его регулярность) \_\_\_\_\_  
Можете ли вы связать любые изменения в стуле и его регулярности с какими-либо  
событиями (едой, напитками, стрессом и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Есть ли у вас стул непосредственно после пробуждения** \_\_\_\_\_

## Характеристика кала при дефекации:

Темный___	Желтоватый___	Беловатый___
Сухой___	Слегка жидкий___	Слизистой структуры и маслянистый___
Твердый___	Маслянистый___	Плотный___
Шероховатый___	Мягкий___	Гладкий___
В виде небольших кусочков___	Гладкий___	В виде массы___
	Связанный (колбасовидный)___	
Дефекация с напряжением___	Быстрая дефекация___	Медленная дефекация___
Кал отходит с газами___	Кал горячий___	Кал холодный и тяжелый___
Трещины в анусе при дефекации___	Чувство жжения в анусе, иногда___	Разрывы ануса, иногда___

## 9. Характеристики потоотделения и мочеиспускания:

Вы потеете: обычно\_\_\_ чрезмерно\_\_\_ мало\_\_\_ совсем нет\_\_\_ только при нагрузке\_\_\_ спонтанно ночью\_\_\_

Как долго Вас беспокоит это\_\_\_

Запах пота есть/нет\_\_\_

Имеете необычный запах холодного пота\_\_\_ когда проявляется\_\_\_ как уже долго\_\_\_

жирная / маслянистая потливость\_\_\_ когда появляется\_\_\_ как долго\_\_\_

потливость в любых частях тела\_\_\_ больше голова (волосистая часть, лицо)\_\_\_ верхняя треть тела (шея, грудь, подмыш. обл, ладони)\_\_\_ средняя треть\_\_\_ нижняя треть (поясница, пах, ниже)\_\_\_

Где, в каком климате (сухой, влажный) вы потеете исключительно\_\_\_ преимущественно\_\_\_ чрезмерно\_\_\_

---

## 10. Характеристика мочи:

Прозрачная___	Прозрачная___	Мутная___
Прохладная___	Горячая___	Теплая___
Водянистая___	Менее водянистая___	Мутная с взвесью___
Скудная___	Умеренное количество___	Обильная___
Терпкий запах___	Кислый запах___	Сладкий запах___
Светлая___	Умеренно светлая___	Тяжелый (с белком)___

## 11. Исследование выделений: слюна, мокрота, слизь.

Есть ли у вас проблемы с лор.органами, пазухами носа\_\_\_

Цвет выделений из носа: прозрачные \_\_\_ белые/вязкие \_\_\_ зелено-желтые \_\_\_  
кровянистые \_\_\_

Чрезмерное слюноотделение \_\_\_ сухость слизистых ротовой полости \_\_\_ слизистых  
носа \_\_\_

Бели (женщинам) есть/нет \_\_\_ цвет прозрачные \_\_\_  
белые/творожистые \_\_\_ желтые \_\_\_ сукровичные/кровянистые \_\_\_

Характеристика мокроты: жидкая / водянистая \_\_\_ густая вязкая \_\_\_ прозрачная \_\_\_  
белая \_\_\_ желтая \_\_\_ красная \_\_\_ зеленая \_\_\_ коричневая \_\_\_  
легко отходит \_\_\_ откашливается с трудом \_\_\_ заливает \_\_\_

## 12. Категории боли:

Испытываете ли Вы боль: часто \_\_\_ редко \_\_\_ иногда \_\_\_ нет

Где Вы обычно чувствуете боль?  
\_\_\_\_\_

**Укажите характеристики ощущаемой боли, отметив соответствующие слова:**

### В

Иррадиирующие / отдающие в другие места \_\_\_

Стреляющие \_\_\_

Режущие \_\_\_

Пульсирующие \_\_\_

Мигрирующие \_\_\_

Меняющиеся \_\_\_

Неявные/странные \_\_\_

Преходящие \_\_\_

Время: на рассвете \_\_\_ в сумерках \_\_\_

С дрожью \_\_\_

С чувством холода \_\_\_

С беспокойством и чувством опасности \_\_\_

Вызывает бессонницу \_\_\_

Неврологическая боль \_\_\_

Положение стоя вызывает боль \_\_\_

Время: на рассвете \_\_\_ в сумерках \_\_\_

Сезонная осенняя боль \_\_\_

Агрессивная/Неагрессивная \_\_\_

### П

Жгучие \_\_\_

Сосущие, тянущие \_\_\_

Острые \_\_\_

Воспалительные \_\_\_\_\_  
Лихорадящие \_\_\_\_\_  
С тошнотой и рвотой \_\_\_\_\_  
Раздражающие \_\_\_\_\_  
Пронзительные \_\_\_\_\_  
Время боли: середина дня \_\_\_\_\_ середина ночи \_\_\_\_\_  
Сопровождаются: потливостью \_\_\_\_\_  
С горячим дыханием/жаром \_\_\_\_\_  
С повышением температуры \_\_\_\_\_  
С покраснением лица \_\_\_\_\_  
С бессонницей \_\_\_\_\_  
С диареей \_\_\_\_\_ рвотой \_\_\_\_\_  
Сезонные летние боли \_\_\_\_\_

## К

Боль тяжелая \_\_\_\_\_  
Тупая \_\_\_\_\_ Глубокая \_\_\_\_\_ средней терпимости \_\_\_\_\_ ноющая \_\_\_\_\_  
Головная боль \_\_\_\_\_  
Длительная (застарелая) \_\_\_\_\_  
Боль при наклоне (сгибании) \_\_\_\_\_  
Хроническая \_\_\_\_\_

Время: рано утром \_\_\_\_\_ и рано вечером \_\_\_\_\_  
Сопровождает застой в легких \_\_\_\_\_  
Лимфатический застой \_\_\_\_\_  
С синуситом/гайморит/эмоидит \_\_\_\_\_  
Во время сна \_\_\_\_\_  
Боль везде \_\_\_\_\_  
Боль при наклоне \_\_\_\_\_  
Сезонная весенняя боль \_\_\_\_\_  
Устойчивая, хроническая \_\_\_\_\_

## А

Тяжелая \_\_\_\_\_ Тупая \_\_\_\_\_ средней терпимости \_\_\_\_\_ Тянущая \_\_\_\_\_  
Боли волосистой части головы, левого виска \_\_\_\_\_  
Изнуряющая, генерализованная боль \_\_\_\_\_  
Глубокая боль \_\_\_\_\_  
Боль всего тела \_\_\_\_\_  
Сонливость \_\_\_\_\_  
Спутанность сознания \_\_\_\_\_  
«само существование приносит боль» \_\_\_\_\_  
От сезона боль не зависит \_\_\_\_\_

## Боль психо-психоэмоциональная

Боль часто мигрирует с одной части тела в другую \_\_\_\_\_  
При боли заикается, запинаясь \_\_\_\_\_  
Тремор, дрожит, говорит с опаской \_\_\_\_\_  
Кусает ногти \_\_\_\_\_

Расстройство височно-нижнечелюстного сустава \_\_\_\_  
Постоянно сжатые челюсти \_\_\_\_  
С чувством необходимости контроля над болью \_\_\_\_  
Боль, которая несет детские травмы \_\_\_\_  
Боль с холодным потом \_\_-  
Во время боли сухой язык, чувство жажды \_\_\_\_  
Чувство страха, беспокойства, что задохнешься/чувство удушья \_\_\_\_  
Панические атаки \_\_\_\_  
Сопровождается бессонницей, с криками во сне \_\_\_\_  
Мигрени \_\_\_\_  
Боль при/после гнева \_\_\_\_

**Головные боли:** затылок \_\_ виски \_\_ сзади / вокруг глазных яблок \_\_ другая \_\_\_\_

### **Сон:**

Пожалуйста, опишите ваш сон подробно:

Время, когда вы ложитесь спать обычно \_\_\_\_ Встаете \_\_\_\_ Спите ли днем, когда \_\_\_\_  
Вы ложитесь спать в одно и те же время \_\_\_\_ Вы просыпаетесь в одно и то же время \_\_\_\_  
Когда вы просыпаетесь утром, как вы себя чувствуете: отдохнувшим \_\_усталым\_\_  
энергичным \_\_ активным \_\_ в депрессии \_\_\_\_  
Ваш сон: глубокий \_\_ поверхностный \_\_ прерванный / беспокойный \_\_\_\_  
Ваш рабочий график или домашняя обстановка мешают нормальному сну \_\_\_\_  
Как \_\_\_\_  
Вы спите чутко \_\_ нормально \_\_ глубоко \_\_ беспокойно \_\_\_\_  
Есть ли проблемы с засыпанием \_\_\_\_ Что мешает заснуть \_\_\_\_  
Вы просыпаетесь ночью \_\_\_\_ Что Вас будит \_\_\_\_  
Есть ли у вас проблемы с засыпанием после пробуждения \_\_\_\_ Что вы делаете, чтобы  
помочь себе заснуть \_\_\_\_  
У Вас есть проблемы с пробуждением \_\_ вставанием с постели по утрам \_\_\_\_  
Сколько часов сна вам нужно ночью, чтобы чувствовать себя хорошо \_\_\_\_ Сколько часов вы  
обычно спите \_\_\_\_  
Вы храпите \_\_\_\_ Есть ли у Вас апноэ во время сна \_\_\_\_ Лунатизм \_\_\_\_  
энурез \_\_ Разговариваете ли Вы во сне \_\_\_\_  
Как Вы укрываетесь во время сна \_\_\_\_  
Вам необходимо открытое в спальне окно во время сна \_\_\_\_

### **Сновидения**

Сны мешают Вам спать \_\_\_\_ Какие сны Вам мешают \_\_\_\_

### **Ногти**

Цвет ногтей: бледный \_\_ желтый \_\_ синий \_\_ розовый \_\_\_\_  
Ногти ломкие \_\_ обкусанные \_\_ есть белые пятна \_\_ поперечные вмятины \_\_ продольная  
исчерченность / бороздчатость \_\_ утолщенные ногти \_\_ другое \_\_\_\_

**Глаза/взгляд:** Сухие \_\_ Красные \_\_ Бледные \_\_ мутные \_\_ Смотрят вверх \_\_ Бегающий,  
зыркающий взгляд \_\_ Дрожащий \_\_ Пристальный \_\_ Смотрит вниз \_\_ Слезятся \_\_ Катаракта  
\_\_ Глаукома \_\_



**Язык:** налет на языке утром \_\_ постоянно \_\_ белый \_\_ желтый \_\_ зеленый \_\_ черный \_\_ есть трещины \_\_ гладкий/нет сосочков \_\_ ярко красный \_\_ под языком темные застойные вены \_\_ другое \_\_

**Лицо:** отечное \_\_ бледное \_\_ красное \_\_ есть высыпания \_\_ краснота \_\_ угри \_\_ сосудистая сеть \_\_ пигментные пятна \_\_ другое \_\_

**Кожа:** бледная \_\_ смуглая \_\_ красная \_\_ веснушки \_\_ много родинок \_\_ дряблая \_\_ синюшная \_\_ видны вены \_\_ отеки \_\_ другое \_\_

### **Психологическое состояние**

Испытываете ли Вы часто состояние страха \_\_ беспокойства \_\_ чувство одиночества \_\_ паники \_\_ неуверенности \_\_ много фантазии \_\_ сного мечтаний \_\_ не могу довести дело до конца \_\_

Вы испытываете тягу к телефону/компьютеру \_\_ приступы острого желания в него заглянуть \_\_ использование гаджетов мешает справляться со своими обязанностями на работе и дома \_\_

Есть зависимость алкогольная \_\_ табачная \_\_ наркотическая \_\_ иная \_\_  
Часто раздражаетесь \_\_ злитесь \_\_ осуждаете других \_\_ критикуете себя \_\_ других \_\_  
неудовлетворены своим телом, мыслями, делами \_\_ желание покончить с жизнью \_\_  
измыточная мотивация/не могу оторваться от работы \_\_ чувство лидерства и преимущества над коллегами/друзьями \_\_ постоянное стремление контролировать людей/ситуацию \_\_  
желание убить кого-нибудь \_\_

Вас ничто не радует \_\_ грустно/тоскливо \_\_ желание закрыться и не видеть/не слышать никого \_\_ постоянно негативные мысли \_\_ избегаю конфликтов \_\_ избегаю предсказаний плохих событий \_\_ непостоянные и непредсказуемые настроения \_\_ часто плачу \_\_

Сезонные расстройства \_\_

Иногда мои физические ощущения не могут объяснить даже доктора \_\_

Вам тяжело выразить свои чувства \_\_ проблемы с памятью \_\_

**Оцените уровень вашей общей энергии на данный момент в баллах**

**от 0 до 10** \_\_\_\_\_

Устаете ли Вы быстро \_\_ устаете, когда голодны \_\_ усталость после еды \_\_

**Оцените уровень Вашего стресса за последние полгода в баллах от 0 до 10** \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

