ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

Заполненный опросник вышлите по адресу [lsalycheva@gmail.com](mailto:lsalycheva@gmail.com)

1. Фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, домашний адрес, номер телефона.
2. Диагноз
3. Когда началось ваше заболевание и как оно развивалось?
4. Какими симптомами проявляется ваше заболевание?
5. Под влиянием каких факторов ваши симптомы уменьшаются или усиливаются (время года, время суток, погода, положение тела, холод, тепло, определенные занятия, движения, прием пищи, мочеиспускание, стул, половые сношения, психо-эмоциональные переживания и т.д. и т.п.)?
6. Лекарства, которые Вы принимаете (с указанием дозировки и длительности приема)
7. Перечислите все заболевания в хронологической последовательности, начиная с детства.
8. Какие серьезные заболевания были или есть у ваших родственников по материнской и отцовской линии?
9. Если ли у вас другие проблемы со здоровьем, опишите их (головокружения, обмороки, головные боли, проблемы со зрением, слухом, обонянием, со спиной, конечностями, суставами, кожей и т.д.)
10. Страдаете ли Вы нарушениями:

* Пищеварения (тошнота, изжога, боли в животе, поносы, запоры, газы и т.п.)?
* Мочеиспускания (болезненное, затрудненное, непроизвольное, неприятный запах мочи и т.п.)

1. Какие блюда, продукты вам особенно нравятся? Какие Вы не можете употреблять? Если у вас когда-либо была потребность есть мел, известняк, графит и т.п., отметьте это.
2. Испытываете ли вы жажду. Какую воду предпочитаете, в каком количестве и как часто?
3. Опишите как Вы потеете (повышенное, пониженное, на каких участках тела, днем или ночью, в какое время ночи, оставляет ли пот пятна на одежде, имеет ли специфический запах и т.п.)
4. Для женщин: опишите характеристики менструаций (болезненные, длительные, частые, обильные);
5. Если есть проблемы, связанные с сексуальной сферой, опишите их.
6. Какие факторы и как влияют на Ваше общее состояние (время года, время суток, погода, положение тела, холод, тепло, духота, определенные занятия, движения, прием пищи, мочеиспускание, стул, половые сношения, психо-эмоциональные переживания и т.д. и т.п.)?
7. Опишите ваш характер. Какие стрессы или сильные переживания были в вашей жизни и как вы с ними справлялись.