**Прошу ответить подробно на следующие вопросы, это позволит мне объективно оценить состояние Вашего здоровья.**

Дата заполнения:

ФИО:

Возраст

Рост Вес Окружность талии\живота см

АД пульс

**Жалобы** на сегодняшний день, что послужило обратиться за помощью?

**Лекарственные препараты и Бады** которые принимаете в данное время и в какой дозировке:

**Для женщин**: менструальный цикл, характер, длительность, болезненность, обильность, имеется ли предменструальный синдром.

**Либидо:**

**Хронические заболевания**, какие именно, как часто обострения:

**Операции, травмы**, если были, когда и что именно:

**Наследственность** по сахарному диабету, онкологии, сердечно -сосудистым заболеваниям, заболеваниям щитовидной железы:

**Курение,** стаж курения, сколько сигарет в день:

**Алкоголь,** как часто употребляете, что именно и в каком количестве:

**Сон-** имеются ли нарушения сна и как долго, как засыпаете, просыпаетесь ли по ночам, во сколько ложитесь спать, во сколько пробуждаетесь:

**Питание,** сколько раз в день, имеются ли перекусы, последний прием пищи во сколько:

**Проблема веса,** как давно возникла, что уже предпринимали для коррекции (спорт, диеты, диетологи, марафоны, препараты), что имело результат

**ЖКТ,** характер стула, регулярность, изжога, тяжесть в эпигастрии, тошнота, наличие крови в кале:

**Аллергия н**а продукты питания, лекарственные препараты:

**Отеки**, локализация, интенсивность: