**Анкета для взрослых**

***Для ответов используйте отдельный лист***

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ семейное положение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем направлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какова Ваша основная жалоба (далее ОЖ)?
2. Когда появилась проблема? Что в это время происходило в вашей жизни? Чем на ваш взгляд вызвана проблема?
3. Что усиливает ОЖ? (что–то из пищи, погода, движение, свет, шум, жар/холод или что-нибудь еще? Укажите подробно).
4. В какое время суток ОЖ беспокоит больше всего? По возможности укажите час.
5. Какие симптомы сопровождают ОЖ?

**Общие вопросы**

1. Вопросы о погоде и окружающей среде (отвечайте только на те, что имеют к вам отношение):

a). в какое время года погода вас беспокоит больше всего?

b).как вы реагируете на холодную, жаркую, сырую, сухую, ветреную погоду? Укажите все разновидности погоды, на которые реагируете, а также опишите реакцию.

c). Как на вас действует перемена погоды?

d). Как вы чувствуете себя при ярком солнечном свете?

e). Как вы чувствуете себя перед грозой, во время нее или после? Укажите подробно.

f).как вы реагируете на воздушный поток/ сквозняк/ вентилятор? любите ли спать с открытым окном? Если любите, то даже и в холодную погоду?

g).как вы реагируете на внезапную перемену погоды, например, когда с холода входите в теплое помещение и наоборот?

h).как вы реагируете на тепло в целом, тепло постели, теплую комнату, тепло батареи, обогревателя или печи?

i).как вы чувствуете себя на взморье или высоко в горах?

1. В каком положении вы любите находиться больше всего: сидеть, стоять, лежать?
2. Сильно ли вы потеете? Если да, то какие именно части тела потеют: ноги, голова, кожа под волосами, подмышки и т.д.?
3. В какое время суток вы обычно чувствуете себя хуже всего?

**Психика / эмоции**

1. Что вас беспокоит, заботит? как вы справляетесь с беспокойством?
2. По сравнению с окружающими вы более аккуратны и внимательны к деталям, или небрежны?
3. Легко ли довести вас до слез? В каких ситуациях вы плачете?
4. Когда вы расстроены, вы склонны рассказывать об этом всем знакомым или скрывать огорчение?
5. В каких случаях вы чувствуете отчаяние?
6. В каких случаях вы чувствуете зависть? Ревность?
7. Что может испугать или встревожить вас? Расскажите о страхах (темноты, одиночества, толпы, высоты, полетов, лифтов и т.д.).
8. Каким было самое большое горе, которое вы пережили? Какова была ваша реакция?
9. Что было самым радостным событием в вашей жизни?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. В каких ситуациях вы чувствуете тоску, печать, подавленность, пессимизм?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какие черты других людей досаждают вам больше всего? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выражаете ли вы при этом свои эмоции, и если да, то как?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Свойственны ли вам недостаток уверенности в себе или низкая самооценка?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Бывают ли у вас повторяющиеся сны? О чем они?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Что вам нужно для счастья?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Чем вы зарабатываете на жизнь?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чем бы вы хотели заниматься в идеале?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Что бы вы сделали, если бы у вас вдруг появилась неделя отпуска и 1000 долларов?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Как вы выглядите в глазах других людей?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Что бы вы хотели изменить в себе больше всего?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пища**

1. Как вы чувствуете себя перед едой, во время и после нее?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Что вы любите есть больше всего (что предпочли бы, если бы не приходилось думать о калориях, жирах и всем том, что вы читали о неправильном питании?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какую пищу вы не любите и не станете есть?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ На какую пищу

Вы плохо реагируете? Как именно?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сколько жидкости вы выпиваете в день (сюда относятся сок, газировка, кофе, чай, молоко, спиртные напитки и вода)? На сколько сильна жажда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сон**

1. В какие часы вы спите? Склонны ли просыпаться в определенное время? Почему?\_\_\_\_\_\_\_\_

Что не дает вам заснуть или, наоборот, вызывает сонливость?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Каково ваше поведение во время сна (разговариваете, смеетесь, кричите, мечетесь в постели, скрежещете зубами, храпите)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Как вы чувствуете себя утром?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Женщины**

1. Количество беременностей\_\_\_\_\_\_\_\_, детей\_\_\_\_\_\_, выкидышей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, абортов\_\_\_\_\_\_
2. В каком возрасте начались месячные? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Когда наступила менопауза?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. С какой регулярностью проходят (проходили) месячные?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Длительность, объем, цвет выделений? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в какое время суток их больше всего?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ есть ли запах или сгустки?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Как вы чувствуете себя до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, во время\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и после месячных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

**История болезни**

1. Какие лекарства вы принимаете в данный момент?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Как часто вы болеете простудами и гриппом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Болели ли вы какой-нибудь детской болезнью дважды, или в особой острой форме, или после полового созревания?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Делали ли вам прививки после детских прививок? Была ли у вас неблагоприятная реакция на прививку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?
4. Делали ли вам хирургические операции? Какие, когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Были ли у вас когда-нибудь

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Где (локализация) | Когда (в каком возрасте) | Как лечили (если лечили) |
| а).бородавки |  |  |  |
| b).кисты |  |  |  |
| c).полипы |  |  |  |
| d).опухоли |  |  |  |

1. Обычны ли для вас выделения (из носа, влагалища и т.д.)? \_\_\_\_\_\_\_ их цвет, консистенция?\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чувствительность:

а).вам нужна меньшая доза лекарства, чем другим людям?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b).вам нужна меньшая доза анестезии? Выходите ли вы из анестезии с трудом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c).заметно ли организм реагирует на витамины, лекарственные травы? Требуются ли вам гипоаллергенные витамины?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d).чувствительны ли вы к парам краски, выхлопным газам, сухим моющим средствам, парфюмерным ароматам и т.д.?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Семейная история.* Назовите болезни отца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Сестер\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, б*ратьев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Бабушек, дедушек со стороны отца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

со стороны матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Если кто-то уже умер- укажите от чего и в каком возрасте\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Составьте временную шкалу:**

Начиная с рождения и до нынешнего дня укажите все *важные* события, физические, эмоциональные травмы, включая неудачные романтические отношения, разводы, проблемы на работе, трудности в семье, смерть членов семьи или друзей, разочарования и т.д.

А также укажите болезни и травмы матери, когда она была беременна вами.

Расскажите о симптомах, которые наблюдались у вас тогда или появились после травм. *Постарайтесь посвятить описанию таких важных событий вашей жизни по меньшей мере одну страницу.*

 Что еще вы хотели бы рассказать мне о себе и своем состоянии?