

БАЗА ЗНАНИЙ

Лист предзаписи

Анкета симптомов - Рабочая тетрадь Базы знаний

Этот раздел поможет зафиксировать твое текущее состояние здоровья, привычки и особенности образа жизни. Честные и подробные ответы на вопросы анкеты станут основой для диагностики, подбора коррекции и дальнейшей работы над собой.

Инструкция:

Заполни анкету, отвечая на каждый вопрос подробно и честно. Эти данные помогут тебе лучше понять себя и станут основой для индивидуальной работы.

Вопросы для заполнения:

1) **Фамилия, имя (или псевдоним):** _____

2) **Твой возраст:** _____

3) **Твой рост:** _____

4) **Твой вес:** _____

5) **Твой режим дня по часам:**

6) **Твоя активность в течение дня:**

7) **Сколько часов ты спишь ночью?:**

8) **Занимаешься ли ты спортом?:**

9) **Ежедневный ли у тебя стул?:**

10) **Есть ли у тебя аллергия?:**

11) **Оцени, насколько легко ты просыпаешься утром по 10-балльной шкале:**

1 — легко, 10 — с большим трудом _____

12) **Оцени, насколько легко ты засыпаешь вечером по 10-балльной шкале:**

1 — легко, 10 — с большим трудом _____

13) **Чувствуешь ли ты повышение энергии к вечеру (18–19 часов)?:**

14) **Оцени свою зависимость от сладкого по 10-балльной шкале:**

1 — нет зависимости, 10 — сильная зависимость _____

15) **Есть ли у тебя целлюлит/растяжки?:**

16) **Придерживаешься ли ты какой-то системы питания?:**

17) **Есть ли у тебя негативная реакция на горчицу, лук, чеснок, яйца, крестоцветные овощи?:** _____

18) **Употребляешь ли ты алкоголь?:**

19) **Куришь ли ты?:** _____

20) **Пьешь ли ты кофе? Если да, то как часто?:**

21) **Есть ли у тебя хронические заболевания?:**

22) **Есть ли у тебя налет на языке?:**

23) **Страдаешь ли ты от пониженного/повышенного давления?:**

24) **Оцени свое либидо по 10-балльной шкале:**

1 — полное отсутствие, 10 — сильное _____

25) **Оцени свой уровень стресса по 10-балльной шкале:**

1 — полный покой, 10 — высокий стресс _____

26) **Оцени свой уровень концентрации по 10-балльной шкале:**

1 — отличная концентрация, 10 — невозможно сконцентрироваться _____

27) **Оцени свою вялость в течение дня по 10-балльной шкале:**

1 — нет вялости, 10 — постоянная вялость _____

28) Как ты переносишь менструации?:

29) Как ты реагируешь на голод?:

30) Какие заболевания есть/были в твоём роду?:

31) Есть ли у тебя кожные заболевания?:

32) Бывают ли у тебя газы/вздутия? Если да, то как часто?:

33) Бывает ли у тебя изжога? Если да, то до или после еды?:

34) Болит ли у тебя живот? Если да, то сразу после еды или через несколько часов?:

35) Был ли у тебя гастрит?:

36) Сталкивалась ли ты с каким-либо видом герпеса?:

37) Замечала ли ты у себя проблемы с волосами или кожей головы?:

38) Как прошли твои роды? Давно ли ты рожала? Как обстояли дела во время беременности?:

39) Есть ли у тебя дети? Если да, ответь:

а) Есть ли у ребенка запах от волос или кожи?:

б) Какой запах пота или других выделений у ребенка?:

Дополнительные комментарии:
