

Imię i Nazwisko

Wiek

Grupa krwi

Kontakt tel.

Adres e-mail

Adres pacjenta

1. **Główna dolegliwość i jej objawy, czas trwania.**
2. **Jakie czynniki wpływają na poprawę a co pogarsza chorobę/ dolegliwość.**
3. **Drżenia** – lokalizacja/ częstotliwość
4. **Problemy skórne** – lokalizacja:
  - a. Obrzęki
  - b. Swędzenie
  - c. Suchość
  - d. Łuszczenie się
  - e. Wysypki
  - f. Ropne wypryski
  - g. Uporczywe rany
5. **Odbiegające od normy problemy z poceniem się** – lokalizacja, częstotliwość
  - a. Poty po posiłku
  - b. Spontaniczne poty
  - c. Nadmierne pocenie
  - d. Nocne poty
6. **Odczucie ciepłoty ciała** – zmrożone / zimne / normalne/ ciepłe/ gorące
7. **Ręce** - zmrożone / zimne / normalne/ ciepłe/ gorące
8. **Nogi** - zmrożone / zimne / normalne/ ciepłe/ gorące
9. **Słabość lub bolesność łądźwi**
10. **Kaszel**
  - a. Suchy
  - b. Z obfitą wydzieliną
  - c. Z odrywającym się śluzem
11. **Suchość**
  - a. Ust
  - b. Gardła
  - c. Nosa
12. **Zaburzenia**
  - a. Zamglone widzenie
  - b. uczucie ciężaru głowy
  - c. przelewanie w brzuchu
  - d. Słaby wzrok
  - e. Światłowstręt
  - f. Suchość oczu

- g. Świąd oczu
- h. Ból oczu
- i. Słaba pamięć, koncentracja
- j. Kapanie z nosa
- k. Szumy uszne
- l. Słaby słuch
- m. Ból uszu
- n. Migreny
- o. Ból głowy
- p. Ucisk w klatce piersiowej
- q. Mrowienie, drętwienie kończyn
- r. Afty, owrzodzenia jamy ustnej
- s. Bolące dziąsła
- t. Krwawiące dziąsła
- u. Ból zębów
- v. Wypadanie włosów

### 13. Pragnienie

- a. Bez pragnienia
- b. Pragnienie z chęcią picia zimnego
- c. Pragnienie z chęcią picia ciepłego
- d. Pragnienie w nocy
- e. Zwyczaje picia – ile szklanek dziennie ?
- f. Picie alkoholu – jak często, jaki?
- g. Picie kawy, zielonej i czarnej herbaty, napojów pobudzających – jak często, ile?

### 14. Apetyt

- a. Słaby
- b. Ogromny
- c. Wzdęcia, gazy po posiłku
- d. Ból po posiłku
- e. zgaga, odbijanie po posiłku

### 15. Mocz

- a. 4-6 x dziennie
- b. Ponad 6 razy dziennie
- c. W nocy
- d. Bolesne oddawanie moczu
- e. Nagłe parcie na mocz
- f. Obfite
- g. Mocno żółte
- h. Przezroczysty
- i. Czerwonawy
- j. Przerywany
- k. Cienki strumień moczu

### 16. Oddawanie stolca

- a. Ile razy dziennie
- b. Uformowany
- c. Rzadki

- d. kleisty
- e. niekompletny stolec
- f. z krwią
- g. trudny do wydalenia, zaparciowy
- h. hemoroidy
- i. odczucie pieczenia odbytu

**17. Palpitacje – tak/ nie**

- a. częstotliwość
- b. czas trwania
- c. dzień / noc
- d. ból

**18. Zawroty głowy – tak/ nie**

- a. częstotliwość
- b. dzień / noc

**19. Sen**

- a. czas trwania snu / Od godz. Do godz.
- b. płytki sen
- c. Trudność w zasypianiu
- d. Wybudzanie się
- e. Pełne marzeń sennych
- f. Zakłócenia z powodu nadmiaru myśli

**20. Sprawy kobiece**

- a. Upławy – obfite białe lub żółte, o silnym zapachu, skąpe
- b. Suchość pochwy
- c. Swędzenie pochwy
- d. Słabe libido
- e. Guzki w piersiach
- f. Mięśniaki
- g. cysty / torbiele
- h. grube endometrium
- i. bóle miednicy
- j. Opadanie narządów

**21. Menstruacja**

- a. Regularna
- b. Nieregularna
- c. Bolesna – gdzie?
- d. Ból pleców w dole w tym czasie
- e. PMS - ból piersi, rozdrażnienie, zmienność nastroju
- f. Spontaniczne poty

Czas krwawienia:

Czy są skrzepy?

Kolor: czerwony / brązowawy / jasny / ciemny

Skąpa / obfita