

Анкета для родителей

Прошу Вас ознакомиться с этой анкетой перед визитом Вашего ребенка ко мне на прием. Ознакомление с этой анкетой повысит эффективность назначаемого лечения.

1. С какими жалобами и симптомами вы обратились к врачу-гомеопату? Особенно выделить симптомы, которые беспокоят больше всего. Каждый симптом где? - локализация. Когда время ухудшения. От чего хуже или лучше? Чем сопровождается?
- К каким специалистам обращались. Проводимая терапия. Результаты анализов.
2. В какое время суток и в какие конкретно часы самочувствие ухудшается?
3. В какое время года состояние ухудшается?
4. Как на ребенка действует холод, жара, сухая и влажная погода?
5. Как он переносит туманную погоду?
6. Как солнечные лучи?
7. Оказывает ли на самочувствие перемена погоды. Если оказывает, то каким образом?
8. К чему он чувствителен в большей степени - к холоду или к жаре?
9. Как вы реагирует на бурю (до, во время и после нее)?
10. Реагирует ли вы на ветер?
11. Чувствителен ли вы к сквознякам?
12. Как в целом реагирует на тепло (тепло постели, комнатное тепло)?
13. Как реагирует на экстремальную температуру (когда очень холодно или очень жарко)?
14. Как часто простужается зимой или в другое время года?
15. Может ли находиться в душной комнате?
16. При каком положении тела ребенок ощущает дискомфорт
17. Как переносит переезды? Укачивает ли его?
18. Какой у него аппетит?
19. Какое количество жидкости выпивает и какие напитки предпочитает?
20. Какие продукты не переносит или не любит?
21. Делали ли вы прививки? Как он их перенес. Отразилось ли это на здоровье в целом?
22. Как быстро заживают раны? Долго ли они кровоточат?
23. Как он чувствует себя на людях (в обществе), когда один?
24. Бывают ли страхи?
Водобоязнь?
Страх перед животными?
Страх перед грозой, во время грозы?
Страх падения?
Страх одиночества?
Боязнь темноты?

25. При каких обстоятельствах он гневается, плачет? Как выражает.
26. Испытывает ли отвращение к определенным продуктам питания?
27. Какие продукты питания вызывают болезненные расстройства?
28. В какой позе любит спать? Как кладет руки, ноги и голову (некоторые предпочитают класть голову выше, другие - ниже)?
29. Кто-то во сне говорит, кто-то плачет, кто-то кричит, смеется, пугается, становится беспокойным, испытывает страх, некоторые скрипят во сне зубами, кто-то спит с открытыми глазами, кто-то - с открытым ртом. Есть ли какие-либо особенности?
30. В какое время просыпается?
31. Есть ли бессонница? Причина. В какое время ночи не спит?
32. Что особенного в вашем ребенке.
- Черты характера. Что отличает его от других детей.
33. Известны ли случаи заболевания раком, туберкулезом, ревматизмом, нервными, психическими и другими тяжелыми заболеваниями в вашей семье?
34. Опишите детально, распорядок дня вашего ребенка.
35. Каков сегодняшний вес _____, рост _____
36. Ребенок желанный?
37. Как протекала беременность, заболевания мамы, принимаемые препараты.
38. Роды.
39. Проблемы при рождении.
40. Период до 1 месяца - сон, выделения, кормление, беспокойства, лекарство, развитие.
41. Период 1-3 месяца. _____
42. ----- 3-6 мес. _____
43. ----- 6-9 мес. _____
44. ----- 9-12 мес. _____
45. Эмоциональное напряжение у мамы, в семье.
50. Имеются ли еще какие-либо проблемы, о которых мы не успели поговорить? Если какой либо из поставленных вопросов вызвал затруднения, обговорим это при встрече.

СПАСИБО ЗА ПРОДЕЛАННУЮ РАБОТУ!