



תאריך ___/___/___

פרטים אישיים שם: _____ שם משפחה: _____ שם האם: _____
 מין: זכר/נקבה גיל: _____ ת. לידה: ___/___/___ שעת לידה: _____
 מצב משפחתי: _____ מס' ילדים: _____
תקשורת כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____
 טלפון: _____ דואר אלקטרוני: _____@_____
איש קשר למקרה צורך שם: _____ סוג הקרבה: _____ טלפון: _____
כיצד הגעת אלי? כתבה/ מכר/ קרוב משפחה/ מטופל/ רופא/ אחר _____

שאלון רפואי סמן את התסמינים הרלוונטיים לך, פרט כמיטב יכולתך.

האם יש לך מחלה מאובחנת או בעיה בריאותית כלשהי? **כן/לא** פרט/י: _____

מחלות תורשתיות במשפחה? **כן/לא** האם אחד מבני המשפחה הקרובים נפטר, מהי הסיבת פטירה? _____

ינקות: האם קרו דברים יוצאים דופן בהריון או בלידה שלך? **כן/לא** _____

ילדות: האם בילדותך היו מחלות חוזרות או מערכות הלשות? **כן/לא** פרט/י: _____

הווה: האם בחודש האחרון עברת טראומה/זעזוע מוח/פציעה/חוסם גבוה? **כן/לא** _____

אישפוזים/ניתוחים (השתלה, אפנדציט, הוצאת שקדים)? _____
 האם עברת ניתוח בחצי שנה האחרונה? **כן/לא** _____

שנה _____ סיבת האשפוז _____
 שנה _____ סיבת האשפוז _____
 שנה _____ סיבת האשפוז _____

האם ייעצו לך לעשות ניתוח או השתלה? **כן/לא** מאיזו סיבה _____

האם בתקופה זו את/ה נמצא בטיפול נוסף? **כן/לא** _____

האם יש רגישות ידועה או אלרגיה למזון או תרופה כלשהי? **כן/לא** _____

מערכת עצבים		בעבר	כעת	מערכת חיסונית		בעבר	כעת
מיגרנות / כאב ראש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נטייה להתעלף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נטייה להצטנן	<input type="checkbox"/>
הפרעת תחושה או נימול	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עייפות פיזית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פצעים מורסות / כיבים	<input type="checkbox"/>
רעד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עייפות מנטאלית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פטרית	<input type="checkbox"/>
אירוע/שבץ מוחי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רצון לישון כל הזמן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הרפס	<input type="checkbox"/>
שיתוק	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בעיית זיכרון, שכחה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צהבת	<input type="checkbox"/>

האם יש מחלה במערכת עצבים ו/או מוח? **כן/לא** פרט/י: _____

מערכת חיסונית		בעבר	כעת	מערכת חיסונית		בעבר	כעת
רתיעה מרוח / קור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צמרמורות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נטייה להצטנן	<input type="checkbox"/>
מחלת הנשיקה/IBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלה אוטואימונית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פצעים מורסות / כיבים	<input type="checkbox"/>
איידס/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סרטן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פטרית	<input type="checkbox"/>
חולשה או חוסר איזון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלה מדבקת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הרפס	<input type="checkbox"/>
במערכת חיסונית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרט/י _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צהבת	<input type="checkbox"/>





גרונ		בעבר	כעת	אזון		בעבר	כעת	אף		בעבר	כעת
יובש בגרון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ליקוי שמיעה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		יובש / דימום אפי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
תחושת מחנק בגרון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קרע בעור התוף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		נזלת / גודש באף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
גרד בגרון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		גרד / מים באוזניים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		פוליפים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
התעטשויות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רחש / צלצולים באוזניים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		נחירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	בעבר	כעת			בעבר	כעת			בעבר	כעת	
'קליק' בלסת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		חניכיים רגישות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		טעם / ריח מוזר בפה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
חריקת שיניים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		נסירת חניכיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		יובש / דימום בפה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	בעבר	כעת			בעבר	כעת			בעבר	כעת	
עיוורון לילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רגישות בעיניים / דמע	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		הפרעת ראייה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
עיוורון צבעים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		נקודות מול הראייה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ראייה כפולה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

האם יש מחלה בעיניים או משקפיים? כן/לא פרטי

מערכת נשימה		בעבר	כעת	עור		בעבר	כעת	מערכת עיכול		בעבר	כעת
שיעול כרוני	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קשוי נשימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אסטמה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
סינוסיטיס חוזר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קשוי נשימה במאמץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ליחה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		הזעת יתר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		דלקת ריאות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	בעבר	כעת			בעבר	כעת			בעבר	כעת	
בעיית קרקפת / קשקשים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		סבוראיה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		יובש בעור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
נשירת שיער	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אקנה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		פריחה / אקזמה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
שיער דק ומתפצל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		גרד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		פסוריאזיס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	בעבר	כעת			בעבר	כעת			בעבר	כעת	
צרבות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		שיהוקים / גיהוקים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		בחילה / הקאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
תחושת מחנק באכילה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קושי להוריד אוכל מטה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קיב קיבה / אולכוס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
שלשול / עצירות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		תנועת מעיים רועשת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		גזים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
קושי בהוצאת צואה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אוכל לא מעוכל בצואה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		טחורים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
תשישות אחר יציאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		דם בצואה, צואה שחורה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		צריבה בפי הטבעת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
צורה: רכה / קשה?				מתן צואה: כמה פעמים ביום?				צבע / ריח יוצא דופן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

האם בחדש האחרון חל שינוי בתזונה (שתיה) או במשקל? כן/לא

לב וכלי דם		בעבר	כעת	לב וכלי דם		בעבר	כעת
דפיקות לב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אנגינה פקטוריס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
כאבים ו/או לחץ בחזה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אי ספיקת לב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
קוצר נשימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		הפרעות קצב לב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
תחושת מחנק	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		יתר לחץ דם	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
בצקות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		לחץ דם נמוך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ורידים מורחבים/בולטים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		שטפי דם כחולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

תחושת חום/ קור דומיננטית בגוף? כן/לא פרטי





						<u>מערכת שתן</u>					
כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>
בריחת שתן	<input type="checkbox"/>		דם בשתן	<input type="checkbox"/>		דחיפות במתן שתן	<input type="checkbox"/>		צריבה / דלקת	<input type="checkbox"/>	
מתן שתן בלילה	<input type="checkbox"/>		עצירת שתן	<input type="checkbox"/>		קושי במתן שתן	<input type="checkbox"/>				
מתן שתן: כמה פעמים ביום? _____			צבע / ריח יוצא דופן	<input type="checkbox"/>							
						<u>שלד ושרירים</u>					
כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>
בעיה בשיווי משקל	<input type="checkbox"/>		התכווצויות	<input type="checkbox"/>		כאבי פרקים	<input type="checkbox"/>		דלקת פרקים	<input type="checkbox"/>	
שבר, נקע או בקע	<input type="checkbox"/>		קור / חולשה בגפיים	<input type="checkbox"/>		ראומטיזם (שיגרון)	<input type="checkbox"/>		ארטריטיס (ניוון פרקים)	<input type="checkbox"/>	
הגבלה תנועתית	<input type="checkbox"/>		תחושת משיכה מטה	<input type="checkbox"/>							
קרע / הסתיידות רצועה	<input type="checkbox"/>		פריצת דיסק / אישיאס	<input type="checkbox"/>							

האם יש לך מחלת פרקים ו/או עצמות? **כן/לא פרטי**

האם יש כאבים בגופן? **כן/לא פרטי**

						<u>אחר</u>					
כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>
בעיית פריון	<input type="checkbox"/>		הזעת יתר	<input type="checkbox"/>		חוסר איזון הורמונאלי	<input type="checkbox"/>		גלי חום	<input type="checkbox"/>	
אוסטיאופורוזיס	<input type="checkbox"/>		הזעה ספונטאנית	<input type="checkbox"/>		צניחת איברים	<input type="checkbox"/>				
אבנים	<input type="checkbox"/>		הזעה לילית	<input type="checkbox"/>							
						<u>נשים</u>					
כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>
הפרשות וגינאליות	<input type="checkbox"/>		גרד/כאב/יובש גניטאלי	<input type="checkbox"/>		גושים בחזה	<input type="checkbox"/>				

האם היתה בעבר הפלה טבעית או מלאכותית? **כן/לא**

מתי היה הווסת האחרון? _____/_____/_____ האם את בהריון? **כן/לא/אולי** במידה וכן, באיזה שבוע? _____

האם המחזור סדיר? **כן/לא** כל כמה ימים יש ווסת _____

כמה ימים נמשך הווסת? _____ מהי עוצמת הדימום בתקופה האחרונה בהשוואה לעצמך 1-2-3-4-5

מה צבע דם הווסת? _____ האם יש גושים בדם הווסת? **כן/לא** במידה וכן מה צבעם? _____

האם יש תופעות כגון: כאבים, רעב מוגבר, חולשה או כל סימן אחר המופיע סביב קבלת הווסת? **כן/לא פרטי**

						<u>גברים</u>					
כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>	כעת	בעבר	<input type="checkbox"/>
אין אונות	<input type="checkbox"/>		שתן עכור	<input type="checkbox"/>		הגדלה של הפרוסטטה	<input type="checkbox"/>				
						<u>בדיקות מעבדה</u>					
גובה: _____	בעיות קרישה <input type="checkbox"/>	סוכר: _____	כולסטרול: _____	Thyroid <input type="checkbox"/>	_____ / _____						
משקל: _____	טרשת עורקים <input type="checkbox"/>	אנמיה: _____									

האם עברת בדיקות רפואיות: יש לצרף את דף התוצאות (עם תאריך ותוצאות לא תקינות) עם סיבה לבדיקה.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
א.ק.ג	CT	MRI	צילום רנטגן	טומוגרפיה ממוחשבת	צנתור	בדיקת דם	בדיקת שתן	בדיקת דם סמוי	בדיקת מיפוי





האם היה פעם חשד או עברת בדיקה לגילוי גידול סרטני? **כן/לא פרטי**

האם עברת טיפולי הקרנות/כימותרפיה/רדיואקטיביים? **כן/לא והאם נכרתו גידולים?**

תרופות ציין/י את התרופות/גלולות/תוספי מזון/ויטמינים/צמחי מרפא שאת/ה לוקח/ת אינני לוקח שום תרופה

שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____
שם	מינון ותדירות	תופעות לוואי
_____	_____	_____

חומרים מעוררים ואחרים: האם כעת או בעבר צרכת את החומרים הבאים:

סיגריות ניקוטין אלכוהול קפאין סמים אחר

פרטי/י כמה פעמים ביום? כמה שנים? האם הפסקת בעבר? לכמה זמן ומאיזו סיבה?

האם עברת בעבר טיפולים ברפואה משלימה/אלטרנטיבית **כן/לא** בגין איזו בעיה ומתי היה הטיפול האחרון

האם היום או בעבר קיבלת טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי? **כן/לא פרטי**

האם ידועה לך בעיה בריאותית אחרת שלא פורטה לעיל או מצב בריאותי שלא נשאלת עליו באופן מפורש? **כן/לא**

במידה וישנו מונח שאינו מובן לחלוטין, אבקש לשאול אותי על מנת שהשאלון יהיה מדויק.

הנני מאשר שאני מודע שהטיפול המבוקש על ידי איננו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה הקונבנציונאלית ו/או לכל

התייעצות ברופא קונבנציונאלי, וכי אין בכוננתי להפסיק טיפול תרופתי כל שהוא ללא התייעצות ברופא.

הנני מאשר כי תשובתי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי אף פיסת מידע

חתימת המטופל/ת: _____ תאריך: ____/____/____