

תאריך מפגש ראשון _____

שם פרטי ומשפחה _____ מין ז / נ / אחר _____

מצב משפחתי _____ טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

דוא"ל _____ כתובת _____

מוצא _____ תאריך לידה _____ גיל _____

עיסוק _____ רופא מטפל _____ הופנה ע"י _____

תלונה _____

היסטוריה רפואית

מחלות משמעותיות; סרטן, סוכרת, לחץ דם גבוה, צהבת, מחלות מפרקים, מחלות בלוטת המגן, מחלת הנפילה, שונות _____

ניתוחים(מתי?) _____

חבלות משמעותיות (תאונה, נפילה..) _____

אלרגיות(כימיקלים, תרופות, מזון) _____

תרופות שנלקחו בחודשים האחרונים(צמחים, ויטמינים וכו') _____

פעילות גופנית _____

הרגלים: עשון _____ קפה _____ תה _____ קולה _____ אלכוהול _____ סמים _____ סוכר _____ מלח _____

אחרים _____

מחלות במשפחה

סכרת

סרטן

יתר לחץ דם

מחלות לב

שבץ מוחי

מחלת הנפילה

אסטמה

אלרגיות

אלכוהוליזם

שונות

כללי

חוסר תאבון

עייפות

כפות רגלים קרות

הזעת לילה

שינוי בתיאבון

תיאבון מוגבר

רעד

קור בגב

הזעה בקלות

טעם/ריח מסוימים

עליה/איבוד משקל

סימנים כחולים/דימום

בטן קרה

חולשה פתאומית

צימאון יתר(קר/חם)

הפרעות בשינה

סחרחורת

חום

חולשה מקומית

חוסר שיווי משקל

קשיי תרדמה

ידיים קרות

צמרמורת

ליקויי קואורדינציה

חלומות

עור ושיער

פריחות

כיבים

נשירת שיער

פריחות אלרגיות

אקזמה

פיצעונים

בעיות עור/שיער

קשקשים

גירוד

שטפי דם

שינוי באיכות עור/שיער

אחר

מערכת הנשימה

שיעול

דלקת ריאות

ברונכיט

שיעול דמי

קשיי נשימה בשכיבה

ליחה (צבע/ריח)

אסטמה

לחץ בחזה

נזלת כרונית

מערכת כלי הדם

יתר לחץ דם

דפיקות לב חזקות

ידיים/ רגלים חמות

דליות/דלקות בורידיים

לחץ דם נמוך

דופק בלתי סדיר

ידיים/רגלים מזיעות

קשיי נשימה במאמץ

כאבים/לחץ בחזה

עילפון

ידיים/רגלים קרות

בצקות ידיים/רגלים

לחץ דם _____

גלי חום אחה'צ/ערב

קרישי דם

שונות

שריר שלד

כאבי צוואר

כאבי שרירים

כאבי גב

בעיות ומחלות אחרות בשלד ושרירים-

כאבי ברכיים

כאבי מפרקים

כתפיים מתוחות

אחר _____

ראש צוואר

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> סחרחורת | <input type="checkbox"/> כאבים בעיניים | <input type="checkbox"/> דימום מהאף | <input type="checkbox"/> יובש בפה | <input type="checkbox"/> דימום חניכיים |
| <input type="checkbox"/> זעזוע מח | <input type="checkbox"/> ליקוי ראייה | <input type="checkbox"/> סינוסיטיס | <input type="checkbox"/> רוק סמיך | <input type="checkbox"/> נקודות בעיניים |
| <input type="checkbox"/> מיגרנות | <input type="checkbox"/> עיוורון לילה | <input type="checkbox"/> ליחה | <input type="checkbox"/> דלקת חניכיים | <input type="checkbox"/> כאב גרון חוזר |
| <input type="checkbox"/> משקפיים | <input type="checkbox"/> עיוורון צבעים | <input type="checkbox"/> יובש בגרון | <input type="checkbox"/> 'קליק' בלסת | <input type="checkbox"/> אפטות בפה |
| <input type="checkbox"/> מאמץ יתר בעיניים | <input type="checkbox"/> קטראקט | <input type="checkbox"/> כאב לשון | <input type="checkbox"/> חריקת שיניים | <input type="checkbox"/> בעיות שיניים |
| <input type="checkbox"/> כאבי אזניים | <input type="checkbox"/> צילצולים באזניים | <input type="checkbox"/> כאבים בפנים | <input type="checkbox"/> כאבי ראש | <input type="checkbox"/> ליקויי שמיעה |

מערכת העיכול

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> בחילה | <input type="checkbox"/> עצירות | <input type="checkbox"/> צואה שחורה | <input type="checkbox"/> תדירות _____ |
| <input type="checkbox"/> הקאות | <input type="checkbox"/> דם בצואה | <input type="checkbox"/> ריח רע בפה | <input type="checkbox"/> צבע _____ |
| <input type="checkbox"/> שלשול | <input type="checkbox"/> בטן רגישה | <input type="checkbox"/> כאב בפי הטבעת | <input type="checkbox"/> ריח _____ |
| <input type="checkbox"/> גיהוק/שיהוק | <input type="checkbox"/> כאב בטן/התכווצויות | <input type="checkbox"/> טחורים | <input type="checkbox"/> מבנה _____ |
| <input type="checkbox"/> צרבת | <input type="checkbox"/> לפני/אחרי ארוחה | <input type="checkbox"/> בקע סרעפתי | <input type="checkbox"/> שאריות אוכל שלא עוכל |
| <input type="checkbox"/> גזים | <input type="checkbox"/> אחר _____ | | |

שעה _____	לילה _____	שעה _____	שעה _____	שעה _____
מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____

מערכת מין ושתן

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> דחיפות מתן שתן | <input type="checkbox"/> פריג'דיות | <input type="checkbox"/> מתן שתן בלילה (מס' פעמים _____) |
| <input type="checkbox"/> דם בשתן | <input type="checkbox"/> אימפוטנציה | <input type="checkbox"/> מחלות מין _____ |
| <input type="checkbox"/> אבנים בכליות | <input type="checkbox"/> סיפוק מיני ירוד | <input type="checkbox"/> רגישות/כאב באברי המין |
| <input type="checkbox"/> ריח שתן חריף | | |

הריון וגניקולוגיה

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> גיל מחזור ראשון _____ | <input type="checkbox"/> הפלות (טבעי ומלאכותי) | <input type="checkbox"/> גושים בחזה | <input type="checkbox"/> יום ראשון של מחזור אחרון _____ |
| <input type="checkbox"/> מס' ימי מחזור _____ | <input type="checkbox"/> קרישים במחזור | <input type="checkbox"/> מנפאזה (גיל המעבר) | <input type="checkbox"/> בדיקה גניקולוגית אחרונה _____ |
| <input type="checkbox"/> מס' ימי דימום _____ | <input type="checkbox"/> מחזור בלתי סדיר | <input type="checkbox"/> גלי חום | <input type="checkbox"/> אמצעי מניעה-סוג ומשך לקיחה _____ |
| <input type="checkbox"/> מס' הריונות _____ | <input type="checkbox"/> כאבים במחזור | <input type="checkbox"/> פצענים/רגישות בנרתיק | <input type="checkbox"/> שינוי גופני לפני המחזור |
| <input type="checkbox"/> מס' לידות _____ | <input type="checkbox"/> כמות הדם במחזור | <input type="checkbox"/> הפרשות נרתיק | <input type="checkbox"/> שינוי מצב רוח לפני מחזור |
| <input type="checkbox"/> לידות פג _____ | <input type="checkbox"/> דימום בין מחזורי | <input type="checkbox"/> רגישות בחזה | <input type="checkbox"/> דיפרסיה/דכאון |

נירופסיכולוגיה

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> התקף אפילפטי | <input type="checkbox"/> זיכרון לקוי | <input type="checkbox"/> חוסר קואורדינציה | <input type="checkbox"/> טיפול בבעיות נפש |
| <input type="checkbox"/> דיכאון | <input type="checkbox"/> נטיה לכעס | <input type="checkbox"/> זעזוע מוח | <input type="checkbox"/> בעיות נירולוגיה/פסיכולוגיה |
| <input type="checkbox"/> אזורי נימול/הרדמות | <input type="checkbox"/> איבוד שיווי משקל | <input type="checkbox"/> סחרחורת | <input type="checkbox"/> טיפוס מתוח ולחץ |
| <input type="checkbox"/> חרדות | | <input type="checkbox"/> מחשבה/ניסיון התאבדות | <input type="checkbox"/> שונות _____ |

ידוע לי כי המטפלת/ _____ הינו/ה מטפלת/ ברפואה סינית וכי הוא/היא אינו/ה רופא/ה כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבלת/ אצל המטפלת/ אינו מבטל את הצורך (במידה וקיים) בפנייה לרופא בתחום הרפואה המערבית ואי פנייה שלי לכזה הינה על פי החלטתי הבלעדית ואחריותי בלבד.

ידוע לי, כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו על ידי רופא יעשו בתיאום איתו לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת.

אישור _____