תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רחוב ומספר בית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקןד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון בית/סלולרי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (האם אפשר לאשר תורים בטקסט? כן/לא)

אימייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

איך שמעת עלינו? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מין: ז/נ גובה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משקל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי-נשואה/רווק-רווקה/גרוש-גרושה/אלמן-אלמנה מספר ילדים: \_\_\_

האם קיבלת בעבר טיפול ברפואה סינית? כן/לא אם כן האם זאת הייתה חוויה טובה? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם לך או למישהו מקרובי משפחה מקרבה ראשונה היו אחת מהבעיות הבאות?:

**שם המחלה אתה/קרוב משפחה שנה בה חלית**

סרטן \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

צהבת בי/סי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לחץ דם גבוה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות זיהומיות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם המחלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סכרת נעורים/הגיל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלת לב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אפילפסיה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות מין \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם המחלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלת נפש \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם המחלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רשום בבקשה את שמות התרופות ו/או תוספי התזונה שאתה לוקח באופן קבוע:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם התרופה/תוסף ומינון | סיבה לנטילה | כמה זמן? | רופא/מטפל שרשם את התרופה/תוסף | תאריך בדיקה אחרון |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ציין מידת שימוש/צריכה של הדברים הבאים:

**כן/לא**   **תכיפות**

קפה \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אלכוהול \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

משככי כאבים \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טבק \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מים \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שתיה קלה \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה הסיבה בגינה הגעת לטיפול היום? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ֿ

איזה סוגי טיפול ניסית עד כה לבעייה זו?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עם אילו בעיות בריאותיות נוספות הנך מתמודד/ת כרגע?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין/י אם הינך סובל/ת מאלרגיות או רגישויות מזון או חשקים למזונות מסוימים (מתוקים,מלוחים, חמוצים וכו)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין/י אם היו לך תאונות, ניתוחים, אשפוזים: (תאריכים)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנא צרף/י תוצאות בדיקות דם או בדיקות רלוונטיות אחרות:

# שאלות לנשים:

גיל המחזור הראשון שלך: \_\_\_\_ גיל המחזור האחרון שלך \_\_\_\_ תאריך מחזור אחרון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר הימים בין מחזורים \_\_\_\_\_\_ מספר ימי הדימום: \_\_\_\_\_ צבע הדימום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש גושים בדימום? כן/לא אם כן, מה גודלם וצבעם? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מספר ממוצע של תחבושות/טמפונים ליום:**

יום 1 \_\_\_\_ יום 2 \_\_\_\_ יום 3 \_\_\_\_ יום 4 \_\_\_\_ יום 5 \_\_\_\_ יום 6 ואילך: \_\_\_\_\_

האם אובחנת עם אחד מהבאים:

מיומות \_\_\_\_ ציסטות \_\_\_\_ שדיים פוליציסטים: \_\_\_\_\_ PCOS \_\_\_\_ זיהום באגן \_\_\_\_\_

קנדידה \_\_\_\_ דלקות חוזרות ונשנות בדרכי השתן \_\_\_\_ אנדומטריוזיס: \_\_\_\_

**האם את סובלת מכאבים לפני מחזור? כן/לא, אם כן, מה מיקום הכאב?**

בטן תחתונה: \_\_\_\_ גב תחתון \_\_\_\_ ירכיים \_\_\_\_ מקום אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מה אופי הכאב?**

התכווצויות: \_\_\_\_ כאב חד \_\_\_\_ צריבה \_\_\_\_\_ כאב עמום \_\_\_\_

נפיחות: \_\_\_\_ כאב בלתי נפסק: \_\_\_\_ כאב שבא והולך: \_\_\_\_\_

**האם את סובלת מאחד מהסימפטומים הבאים?**

הפרשות ואגינליות: \_\_\_\_\_ יובש ואגינלי: \_\_\_\_ כאבי ראש: \_\_\_\_ בחילות \_\_\_\_

שדיים נפוחים: \_\_\_\_\_ תיאבון בלתי נשלט: \_\_\_ גלי חום: \_\_\_\_ הזעות לילה: \_\_\_\_

ירידה בחשק המיני: \_\_\_\_ חשק מיני מוגבר: \_\_\_\_

**האם את בהריון?**: כן/לא אם כן, איזה שבוע או חודש? \_\_\_\_\_\_\_

מספר הריונות: \_\_\_\_ מספר לידות חיוניות: \_\_\_ מספר הפלות טבעיות \_\_\_\_ מספר גרידות: \_\_\_

תאריך בדיקה גניקולוגית אחרונה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pap smear \_\_\_\_\_\_\_\_

בדיקת צפיפות עצם אחרונה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנא צרפי תוצאות

# שאלות לגברים:

תאריך בדיקת ערמונית אחרון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רמת PSA \_\_\_\_\_\_

תכיפות מתן שתן במהלך היום: \_\_\_\_\_\_\_ במהלך הלילה: \_\_\_\_\_\_\_

צבע השתן: צלול/כהה/אטום האם יש לשתן ריח חזק? כן/לא

האם הינך סובל מאחד מהסימפטומים הבאים?

טפטוף או מתן שתן לא רציף \_\_\_\_ אין אונות \_\_\_ עיכוב במתן שתן: \_\_\_\_\_

חוסר שליטה במתן שתן: \_\_\_\_ כאבי גב תחתון \_\_\_\_ ירידה בחשק מיני: \_\_\_\_

חשק מיני מוגבר: \_\_\_\_ שפיכה מוקדמת: \_\_\_\_ כאב באשכים: \_\_\_\_\_ כאב במפשעה: \_\_\_\_

ציין/י בבקשה(✓) אם הינך סובל מאחד מהסימפטומים הבאים לפעמים ו( ✛ )אם לעיתים תכופות

חוסר תיאבון: \_\_ תיאבון מוגבר: \_\_ יציאות רכות: \_\_\_ בעיות עיכול: \_\_\_ הקאות: \_\_\_ בחילות: \_\_\_

שיהוקים: \_\_ צרבות: \_\_\_ תחושה שהאוכל תקוע: \_\_ נטייה למחשבות ודאגות אובססיביות: \_\_\_

בעיות שינה: \_\_\_ דפיקות לב מואצות או בלתי סדירות: \_\_\_ ידיים ורגליים קרות: \_\_ סיוטים בלילה \_\_

חוסר שקט נפשי \_\_\_ צחוק בלתי מוסבר או נשלט: \_\_\_ תעוקת לב: \_\_\_ כאב בבטן עליונה: \_\_\_

כאבים בחזה: \_\_\_ סיאטיקה: \_\_\_ כאבי ראש: \_\_\_

שיעול כרוני: \_\_\_ קוצר נשימה: \_\_\_ חוש ריח ירוד \_\_\_ בעיות בסינוסים: \_\_\_ מחלות עור: \_\_\_

תחושה קלסטרופובית: \_\_\_ ברונכיט: \_\_ קוליטיס \_\_\_ דיברטיקוליטיס \_\_ עצירות: \_\_ טחורים: \_\_\_

שימוש מוגבר באנטיביוטיקה: \_\_\_

בעיות הקשורות לעיניים: \_\_ צהבת: \_\_ קשיים עם עיכול אוכל שמן \_\_ אבנים בכיס מרה \_\_

ציפורניים רכות ושבירות: \_\_ קשיים בתכנון ולקיחת החלטות: \_\_ נטייה לכעוס או להתרגז בקלות: \_\_

התכווצויות ספונטניות בשרירים: \_\_\_ כאבי גב תחתון: \_\_\_ בעיות ברכיים: \_\_\_ ליקוי שמיעה: \_\_

צלצולים באוזניים: \_\_\_ אבנים בכליות: \_\_ ירידה בחשק המיני: \_\_ נשירת שיער מוגברת: \_\_

אבנים בכליות: \_\_\_ בעיות הקשורות לשלפוחית השתן: \_\_\_ עייפות מוגברת: \_\_\_ בצקת: \_\_\_

דם בצואה: \_\_ צואה שחורה: \_\_ נטייה לשטפי דם: \_\_\_ נטייה לדימומים: \_\_\_ נטייה לעילפון: \_\_\_

סחרחורות: \_\_ נטייה לקירורים: \_\_ רגישות לשינויים במזג האוויר: \_\_

אסטמה: \_\_\_ אלרגיות סביבתיות: \_\_\_ רגישויות מזון: \_\_\_ אלרגיות חריפות למזון: \_\_

שינויים פתאומיים במשקל:\_\_ כולסטרול גבוה: \_\_