

## טופס תשאול - מצב בריאותי

תאריך: \_\_\_\_\_  
מטפל: \_\_\_\_\_

שם	תאריך לידה	גיל	גובה	משקל
כתובת	טל' בית	נייד	טל' עבודה	מקצוע/עיסוק
מין ז / נ	מצב משפחתי ר / נ / פ / ג / א	מס' ילדים	גילאים	שם בן/בת זוג
סוג דם	שם האם	שם האב	נייד	עיסוק
אימייל:	הופנה ע"י:			

האם קבלת בעבר טיפול ברפואה משלימה? פרט סוגי הטיפולים ושם המטפלים \_\_\_\_\_

### תלונה עיקרית:

#### סל"א

מתי החלה \_\_\_\_\_  
תדירות הופעת הסימפטום \_\_\_\_\_  
מה גורם להחמרה? \_\_\_\_\_  
מה גורם לשיפור? \_\_\_\_\_  
האם במקביל להופעת התלונה חווית ארוע טראומטי? פרטי: \_\_\_\_\_

האם נבדקת אצל רופא בגין הבעיה? כן / לא מתי? \_\_\_\_\_ הרופא \_\_\_\_\_  
אבחנה \_\_\_\_\_ טיפול \_\_\_\_\_  
האם הורגשה הטבה? כן / לא פרט \_\_\_\_\_

### תלונות נוספות:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
פרטי אלרגיות ורגישויות ידועות: \_\_\_\_\_

פרטי תאונות, ניתוחים, חיסונים? \_\_\_\_\_  
פרטי פעילויות ספורטיביות בה אתה/עוסק/ת? \_\_\_\_\_ תדירות \_\_\_\_\_  
האם אתה/מעשן/ת? בעבר? כן / לא מתי הפסקת? כמה ביום? \_\_\_\_\_ צריכת סמים? \_\_\_\_\_  
האם אתה/נמצאת/תחת לחץ נפשי או גופני? \_\_\_\_\_  
האם היית בטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי? כן / לא פרטי: \_\_\_\_\_  
החלמה ממחלה / ניתוח / פציעה: \_\_\_\_\_ מהירה / איטית \_\_\_\_\_  
פרטי את התרופות / ויטמינים / תוספי תזונה / סמים בהם אתה/משתמש/ת: \_\_\_\_\_

בעבר: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
לפעמים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
בהווה: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### תזונה:

האם אתה/אוכלת/מסודר? כן / לא ארוחות חמות ביום 3 / 2 / 1 / 0  
האם אתה/חשה/ תאבון מוגבר / חוסר תאבון צימאון מוגבר / חוסר צמא  
כמה כוסות אתה/שותה ביום? קפה \_\_\_\_\_ תה \_\_\_\_\_ תה צמחים \_\_\_\_\_ קולה/מוגזים \_\_\_\_\_  
מים \_\_\_\_\_ מיץ \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_  
כמה אלכוהול אתה/שותה בשבוע? (פרטי) \_\_\_\_\_  
פרטי את כל דברי המאכל שאתה/צורך/ת: בוקר \_\_\_\_\_

צהרים \_\_\_\_\_

ערב \_\_\_\_\_

כללי \_\_\_\_\_

**יציאות/שתן:**

מסי יציאות ביום \_\_\_\_\_ קשה □ רך □ עצירות □ שלשול □ דם צבע: \_\_\_\_\_  
 נתינת שתן ביום \_\_\_\_\_ צבע \_\_\_\_\_ קושי במתן: כן / לא דלקות: כן / לא

**הרגלי שינה:**

מסי שעות שינה ממוצע בלילה \_\_\_\_\_  
 שעת הרדמות \_\_\_\_\_ שעת יקיצה \_\_\_\_\_  
 האם את/ה נרדם/ת בקלות? כן / לא האם את/ה מתעורר/ת: עייף/ה / אנרגטי/ת  
 האם את/ה מתעורר/ת בלילה? כן / לא כמה פעמים? \_\_\_\_\_ מתן שתן בלילה? כן / לא  
 הזעת לילה? כן / לא חלומות בלהה? כן / לא

**נא לציין מחלות שהיו לך או לאחד מקרובי משפחתך:**

אלרגיות	את/ה	אבא	אמא	אחים	בן-זוג	ילדים	סבא	סבתא
אסתמה								
בלוטת מגן / תירואיד								
מחלות מפרקים								
סכרת								
מחלת לב/שבץ מוחי								
לחץ דם גבוה / נמוך								
מחלות עצביות								
מחלות נפש								
מחלות ריאה								
מחלת כליות								
סרטן / גידול שפיר								
מחלת הנפילה								
צהבת								
אחר:								

**דרג מ- 1 עד 5 את עוצמת ותדירות התסמינים שהיו לך בשנה האחרונה:**

(1 – מעט / חלש. 5 – הרבה / חזק. לסמן רק במקרה שיש או היו)

5 4 3 2 1	בעיות בעור	5 4 3 2 1	בעיות עיכול	5 4 3 2 1	בעיות עיכול
5 4 3 2 1	השפעה משינויי מזג אוויר	5 4 3 2 1	כאבי בטן	5 4 3 2 1	כאבי בטן
5 4 3 2 1	בעיות באף / אלרגיה	5 4 3 2 1	בחילות/הקאות	5 4 3 2 1	בחילות/הקאות
5 4 3 2 1	חוש ריח לקוי	5 4 3 2 1	גיהוק/שיהוק	5 4 3 2 1	גיהוק/שיהוק
5 4 3 2 1	כאבי גרון חוזרים	5 4 3 2 1	גודש בבטן מאוכל	5 4 3 2 1	גודש בבטן מאוכל
5 4 3 2 1	ליקויי שמיעה	5 4 3 2 1	אולקוס	5 4 3 2 1	אולקוס
5 4 3 2 1	צלצולים באוזניים	5 4 3 2 1	צרבת	5 4 3 2 1	צרבת
5 4 3 2 1	בעיות ראייה / עיניים	5 4 3 2 1	קשיי עיכול לאוכל שמן	5 4 3 2 1	קשיי עיכול לאוכל שמן
5 4 3 2 1	כאבי גב	5 4 3 2 1	דלקת במעינים	5 4 3 2 1	דלקת במעינים
5 4 3 2 1	בעיות ברכיים	5 4 3 2 1	כאבים בבית החזה	5 4 3 2 1	כאבים בבית החזה
5 4 3 2 1	כאבי מפרקים	5 4 3 2 1	קוצר נשימה	5 4 3 2 1	קוצר נשימה
5 4 3 2 1	דלקות חוזרות	5 4 3 2 1	ברונכיטיס	5 4 3 2 1	ברונכיטיס
5 4 3 2 1	עוויתות שרירים	5 4 3 2 1	נטייה להתקררות	5 4 3 2 1	נטייה להתקררות
5 4 3 2 1	גפיים קרות	5 4 3 2 1	דפיקות לב	5 4 3 2 1	דפיקות לב
5 4 3 2 1	כאב מקרין לרגל	5 4 3 2 1	שיעול	5 4 3 2 1	שיעול
5 4 3 2 1	סימנים כחולים מחבלות	5 4 3 2 1	סחרחורות	5 4 3 2 1	סחרחורות
5 4 3 2 1	גלי חום	5 4 3 2 1	כאבי ראש	5 4 3 2 1	כאבי ראש
5 4 3 2 1	שימוש באנטיביוטיקה	5 4 3 2 1	נטייה להתעלף	5 4 3 2 1	נטייה להתעלף
5 4 3 2 1	טחורים	5 4 3 2 1	כאבי צוואר	5 4 3 2 1	כאבי צוואר
5 4 3 2 1	אחר:	5 4 3 2 1	יתר לחץ דם	5 4 3 2 1	יתר לחץ דם

<b>לגברים</b>	<b>לנשים</b>
האם יש לך בעיה בבלוטת הערמונית? כן / לא	מחזור סדיר כן/לא כל כמה זמן? _____, ימי דימום _____
האם יש לך כאב או צריבה בעת מתן שתן? כן / לא	באיזו תכיפות את סובלת מהתופעות הבאות: כאבים או אי נוחות לפני מחזור? כלל לא / מעט / הרבה
האם יש לך כאבים באזור אברי המין? כן / לא	כאבים או אי נוחות בזמן מחזור? כלל לא / מעט / הרבה
האם אזור אברי המין קר והאשכים מכווצים? כן / לא	שדיים נפוחים וכואבים? כלל לא / מעט / הרבה
	שינוי במצבי רוח לפני מחזור? כלל לא / מעט / הרבה
	הפרשות מהנרתיק? כלל לא / מעט / הרבה
	האם היית / עכשיו בהריון? כן / לא
	כמה לידות? _____
	כמה הפלות טבעיות? _____ מלאכותיות? _____
	עברת ניתוחים קיסריים? כן / לא כמה? _____
	האם היו לך סיבוכים? _____
	בדיקה גניקולוגית אחרונה? _____
	ממצאים _____
	סוג אמצעי המניעה _____ כמה זמן? _____

בעיות ו/או פרטים נוספים שלא הועלו בשאלון: \_\_\_\_\_

עד כאן!

**למילוי ע"י המטפל/ת:**

מערכות יחסים: עם אמא \_\_\_\_\_ עם אבא \_\_\_\_\_

עם בן/בת הזוג \_\_\_\_\_ עם הילדים \_\_\_\_\_

יחס לעבודה \_\_\_\_\_ לעמיתים/לקוחות \_\_\_\_\_

ניצול שעות פנאי \_\_\_\_\_

תסמינים עיקריים לטיפול	ס"א	ג.פ	ג.ר	ניתן?	הערות

**אישור המטופל**

ידוע לי, כי רפואה משלימה בכלל וטיפול אייפק בפרט אינם מהווים תחליף לטיפול רפואי ו/או פסיכולוגי. אני מתחייבת/לידע את המטפל/ת, לפני כל פגישה טיפולית, על שינוי במצבי הבריאותי והנפשי. אני מצהיר/ה כי ברור לי שכל הפרטים הנ"ל חיוניים לצורך הטיפול, וענית על השאלות ביושר ובתום לב.

חתימה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם ההורה (ליד מתחת לגיל 18) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_