# **טופס תשאול**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריך קבלה: | שם: | כתובת: | |
| טלפון ניד: | טלפון בית: | דוא"ל: | |
| מין:  ת.לידה:  גיל: | עיסוק: | גובה/משקל: | מצב משפחתי: |

היסטוריה רפואית אישית ומשפחתית:

|  |
| --- |
| האם מישהו במשפחה סובל מבעיה דומה? סכרת/ל"ד/מחלות לב/איידס/סרטן/דלקות פרקים/אנמיה |
| אשפוזים : תאונות: ניתוחים: |

**תרופות:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם התרופה: | מינון, תדירות, משך השימוש: |
|  |  |

**טיפולים קודמים ברפואה משלימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **תלונה עיקרית** / **סיבת פניה** פירוט (מתי התחיל/מה קרה לפני כן, משך, תדירות, אופי, מה מיטיב, מה מחמיר, התייחסות קונוונציונלית): |

**מערכת עיכול**

|  |
| --- |
| תדירות יציאות רך קשה צריבה ריח חריף גזים דימום |
| תאבון (רעב מוגבר/אין רעב), גזים, בחילות / הקאות, שלשול, עצירות, צרבת, אפטות, גיהוקים, לחץ וכאבי בטן, נפיחות/ מלאות בבטן, הרניה, טחורים, דימומים, בורבוריגמוס, , טעם וריח מהפה |

**מערכת חיסון, עור ואא"ג:**

|  |
| --- |
| **קוצר נשימה** (במאמץ/בסטרס) **נזלת כרונית** **בעיות ליחה אלרגיות**  **שיעול** |
| הזעות, דימום מהאף, התקררויות תכופות, שיהוק , ברונכיטיס, סינוסיטיס, לחץ בחזה, גודש באף, קול חלש, צרידות, אקנה, בעיות עור /ציפורניים , דלקות אוזניים, פרונקלים, עור יבש, אקנה, יובש, גרד, פריחה, שטפי דם, אחר: |

**מערכת שלד-שריר:**

|  |
| --- |
| כיווצי שרירים, ריגידיות , בעיות צוואר/עורף, בעיות מפרקים, מגבלות תנועה, היפוטוניות , אוסטאופורוזיס, חולשת גפיים, בעיות תחושה, גב תחתון , גב אמצעי / עליון, כאבי שרירים, דלקות שרירים, ברכיים / עקבים, טווח תנועה, נימול, נקעים ושברים |

**מערכת הלב וכלי דם:**

כאבים בחזה, ל"ד גבוה/נמוך, התקפי לב בעבר, דופק מהיר/לא סדיר, פלפיטציות, נפיחות קרסוליים

ל"ד:

**ראש, עיניים, ופה:**

|  |
| --- |
| כאבי ראש, מגרנות, חניכיים, שיניים, הרפס, שיווי משקל, שקיות בעיניים, עיגולים סביב העיניים, בעיות בעיניים/ ראייה (טשטוש/קוצר), יובש בפה, ירידה בשמיעה, סחרחורות, טריג'מינל נאורלגיה, טיניטוס, בעיות בשיער |

**כליות, שלפוחית שתן ומערכת המין:**

|  |
| --- |
| תכיפות שתן, צימאון, צבע השתן, בעיות פרוסטטה, צריבה במתן שתן, נוקטוריה, חסימות, בריחת שתן, דם בשתן, שפיכה מוקדמת, כאבים בגניטליה, אין אונות, כאבים במותניים, בצקות, בעיות פוריות, דלקות, חשק מיני ירוד, אבנים בכליות, בעיות זקפה |

**גינקולוגיה:**

|  |
| --- |
| מחזור אחרון \_\_\_\_\_\_\_ משך המחזור \_\_\_\_\_\_\_ משך הווסת \_\_\_\_\_\_\_סדירות המחזור  כאב בזמן הווסת, תסמונת קדם ויסתית, כמות הדם, איכות הדם (קרישים), דיסמנוריאה, אמנוריאה, הפרשות מן הנרתיק, מחלות מין, הריונות/לידות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הפלות, אמצעי מניעה\_\_\_\_\_, קרישי דם בוסת, הפרשות וגינליות, דם רב/מועט בוסת, תופעות גיל המעבר |

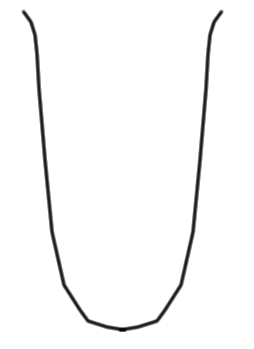
**שינה ואנרגיה:**

|  |
| --- |
| משך השינה רציפות השינה איכות השינה משך ההירדמות  משעה\_\_\_\_\_\_ עד שעה\_\_\_\_\_\_\_ |
| התעוררות נוקטורנל אנורזיס נוקטוריה הרדמות מחדש |
| חוסר שקט חרדה חלומות / סיוטים הזעות לילה חריקת שיניים |

**אופי ומצב רוח**

|  |
| --- |
| מצב רוח כללי:  האם בבית שונה מהעבודה / לימודים: |
| **ריכוז וקשב**: חסר מנוחה פזיז  סף תסכול נמוך שינויים במצב רוח |
| אחר : ביקורתיות, פלפיטציות, דיכאון , אפטיות, אובססיביות, אימפולסיביות, פחד / חרדה, רגישות יתר, זיכרון, חוסר החלטיות / ביצוע, הדחקה, מתח, בלבול, גמגום, רעד, קלאוסטרופוביה, אגרופוביה, צחוק לא מוסבר, גלובוס היסטריקוס, הסמקה.  פירוט והערות: |

|  |
| --- |
| **הרגלים:** המלחה המתקה  העדפות לחיוב ולשלילה (חום / קור , עונות שנה , שעות יום , צבע , טעם ):  התמכרויות (טלוויזיה, ספורט, דיאטה, סמים, עישון, אלכוהול וכו'):  תזונה: משקאות קלים, תה, שוקו, חלב, קפה, ממתקים, חטיפים, מלח, סוכר  תזונה יומית: |



**לשון** (מבנה, צבע, חפוי, חריצים, סימנים)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ימין** | | | | **שמאל** | | | |
| **Li** | **Lu** |  |  |  |  | **Ht** | **Si** |
| **St** | **Sp** |  |  |  |  | **Liv** | **Gb** |
| **Tw** | **PC** |  |  |  |  | **Kid** | **Bl** |

הצהרת מטופל:

ידוע לי כי אני מטופל/ת ברפואה סינית [ שיאצו טווינה דיקור צמחים תזונה ] על ידי מטפל/ת שאינו רופא מורשה M.D . כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבל/ת במסגרת הקליניקה אינו מבטל כל טיפול רפואי אחר. ידוע לי כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו ע"י רופא יעשו בתיאום איתו, לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת.

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