



תאריך:

שם: _____ כתובות: _____
טל' בית: _____ נייד: _____ עבודה: _____ דוא"ל: _____
מין: _____ תאריך לידה: _____ גיל: _____ גובה: _____ משקל: _____
מצב משפחתי: _____ + _____ מקצוע: _____

איך שמעת עלי?

תלונה עיקרית: (מקום, מותמי, משר, תדירות, אופי, עצמה, מיקל/מחמיר)

תלונות משניות:

הערות נספות :

היסטוריה רפואית

נא לסתן במקורה בו או/ה או אחד מקרים חלה באחד מהמחלות הבאות (סבitem, הורים, אחיהם): סדרון, הפטיטיס (דלקת כבד), לחץ דם גבוה, מחלת פרקים, מחלות מדבקות, אלרגיות, סכרים, מחלת לב, פרכזים. רעימות ופישיות המתמכרות לסוגיהם או אלכוהול, אוכל

ביתוחים ואלגוריתם:

ASHPODIAH:

תאונות :

שברים ודלקות:

אלרגיות: בכירלרים: סיגר, מלון, גבינה, מזון, מזג אוויר, פיטום, דיאטן, אלכוהול, סמים, סמכתאות ארכן.

רשותות: פחד, חרדה, כאס, טינה, תסכול, דיכאון, מתח, עצב, בכיה, דאגה, הסכנות, הדחקה, חוסר ביטחון, שמחה, צחוק, מופנמות, בישנות, מוחץן, יציבות, חוסר יציבות, טראומות, אובססיביות, אימפרטיביות, רגשות יתר אחר

תיזונה

(זמן ארכות, סוג מזון, איכות מזון, כמויות מזון, המזון האיקרי המרכיב את המזונה)

בוקר צהרים ערבית

שעה: _____ ساعה: _____ ساعה: _____

* אני מאמין כי הטיפול הניתן במסגרת הקליניקה אינו מהוות תחליף לטיפול רפואי קוגניצי-ונל. ההני מתחייב להודיע על כל שינוי תפקודי, מצב בריאותי ו/או במינון/נטילת תרופות.

חתימה:



סמן/י סימפטומים קיימים או שהופיע אצל בעבר:

<u>מערכת העיכול</u>	<u>מערכת הנשימה</u>	<u>ראש/צוואר</u>
<input type="checkbox"/> עצירות/שימוש במשלשלים	<input type="checkbox"/> שיעול יבש/רטוב	<input type="checkbox"/> ערפל בראש
<input type="checkbox"/> שלשולים	<input type="checkbox"/> שיעול עם ליחה/דם	<input type="checkbox"/> סחרחות
<input type="checkbox"/> כאבי בטן/כיווצים	<input type="checkbox"/> שיעול תכווף	<input type="checkbox"/> בעיות בשינוי המשקל
<input type="checkbox"/> גזים/צואה ריחנית	<input type="checkbox"/> קוצר/קשי נשימה	<input type="checkbox"/> התעלפויות
<input type="checkbox"/> בחילות/הקראות	<input type="checkbox"/> אסתמה/czפוזפים	<input type="checkbox"/> כאבי ראש/מגרנות
<input type="checkbox"/> גיהוקים/шибוקים	<input type="checkbox"/> התקרכרות תקופות	<input type="checkbox"/> נשירת שער
<input type="checkbox"/> צרבות/עלית חומציות	<input type="checkbox"/> שחפת	<input type="checkbox"/> הלבנת שער
<input type="checkbox"/> חוסר/עודף תיאבן		
<input type="checkbox"/> טחורים/דימום רקטי		
<input type="checkbox"/> גרד/שריפה/כאבUPI בטבעת		
<input type="checkbox"/> צואה דםית/שchorה/רירית		
<input type="checkbox"/> ■ שיניים במישקל		
▪ תאבון מיוחד -		
<input type="checkbox"/> מתוק/חריף/מלוח/חמצץ/מר		
<input type="checkbox"/> אבנים בcis המרתה		
<input type="checkbox"/> עיפות לאחר האוכל		
<input type="checkbox"/> נפיחות/מלאות בבטן		
<input type="checkbox"/> ריח רע מהפה		
 <u>כללי</u>		
<input type="checkbox"/> קושי להידם/להתעוור		
<input type="checkbox"/> התעוורות כאילו לא ישנות		
<input type="checkbox"/> חלומות מרובים/סיטוטים		
<input type="checkbox"/> עיפות/חולשה/תישיות		
<input type="checkbox"/> תחששות כבדות בגוף		
<input type="checkbox"/> חוסר שקט נפשי		
<input type="checkbox"/> מצבי רוח משתנים		
<input type="checkbox"/> עצבנות/רגזנות		
<input type="checkbox"/> דיכאון		
<input type="checkbox"/> היפראקטיביות		
<input type="checkbox"/> זיכרון חלש/שיכחה		
<input type="checkbox"/> קושי ברכיב		
<input type="checkbox"/> כפות ידיים קרות/חמות/מדימות		
<input type="checkbox"/> כפות רגלים קרות/חמות/מדימות		
<input type="checkbox"/> בצלקות		
<input type="checkbox"/> העדרה לחום/קור		
<input type="checkbox"/> גלי חום		
<input type="checkbox"/> אוטיאופורוזיס/		
<input type="checkbox"/> בעיה בצליפות העצם		
<input type="checkbox"/> ציפורניים שבירות		
<input type="checkbox"/> כולסטרול גבוה		
<input type="checkbox"/> סכירת		
<input type="checkbox"/> גנטיה لأنמיה		
<input type="checkbox"/> בעיות בקרישת הדם		
	<u>עור</u>	<u>אף/גרון/פה</u>
	<input type="checkbox"/> אקזמה	<input type="checkbox"/> מלאות בסינוסים
	<input type="checkbox"/> דרמטייטיס	<input type="checkbox"/> מחלות ואלרגיות
	<input type="checkbox"/> פריחות/גרד/אודם/ הפרשה	<input type="checkbox"/> דימום מהאף
	<input type="checkbox"/> פסורייזיס	<input type="checkbox"/> כאבי גרון/צרידות
	<input type="checkbox"/> סבריראה/קשקסים	<input type="checkbox"/> קושי בבלעה
	<input type="checkbox"/> אקננה	<input type="checkbox"/> תחששות גוש בגרון
	<input type="checkbox"/> העזות/הצעת לילה	<input type="checkbox"/> כיח/ליחה
	<input type="checkbox"/> יובש	<input type="checkbox"/> שינוי בחוש הטעם/ರיח
	<input type="checkbox"/> נשירת שער בגוף	<input type="checkbox"/> פצעים בפה/שפתיים/לשון
	<input type="checkbox"/> שטפי דם רבים	<input type="checkbox"/> יובש בפה/אף/גרון
	<input type="checkbox"/> שטפי דם המופיעים	<input type="checkbox"/> צמא
	גם ממכות קלות	<input type="checkbox"/> עודף רוק
		<input type="checkbox"/> בעיות בשניים
		<input type="checkbox"/> חריקת שניים
		<input type="checkbox"/> J.M.T. (תסמנת מפרק הלסת)
		<input type="checkbox"/> בעיות חניים
		 <u>אוזניים</u>
		<input type="checkbox"/> דלקות אוזניים
		<input type="checkbox"/> צפוזפים
		<input type="checkbox"/> ירידה בשמייה
		<input type="checkbox"/> גרד באוזניים
		 <u>عينים</u>
		<input type="checkbox"/> משקפיים/עדשות
		<input type="checkbox"/> ראייה מוטושתת
		<input type="checkbox"/> נקודות/כתמים בשדה הראייה
		<input type="checkbox"/> הפרשות/דלקות בעינים
		<input type="checkbox"/> קטרקט
		<input type="checkbox"/> גלאוקומה
		<input type="checkbox"/> אדמומיות/יובש/గרד בעינים
		<input type="checkbox"/> ראיית לילה חלה
		<input type="checkbox"/> לחץ/אוב/נפיחות בעינים



לנשים בלבד

- האם את בהריון?

■ דלקות בברטיצק

■ PID (דלקת באגן)

■ כאב/גרד/הפרשות/ריח מאבר המין

■ יובש ויגנאל'

■ צ'יסטופת/גידולים/פיבראOIDים(שרירנים)

■ אנדומטריות(גדילה מוחז לרחם של רקמה הזהה לוזו של רירית הרחם)

■ מחלה שד פיברוציטית

■ מחילות מי

■ ווסט ראשונה(גיל)

■ ווסט אחרונה(גיל)

▪ מחזור סדייר/לא סדייר

▪ מספר הימים בין הווסות

▪ משך ימי הדימום

▪ דימום רב/מעט

■ קרישי דם

▪ צבע הדם:

אדום חיוור/בוהק/כהה/חום/שחור

■ כאבים לפני הווסת

■ כאבים בזמן הווסת

■ כאבים לאחר הווסת

■ כאבים בחזה/צלעות

■ נפיחות בשדיים

■ ירצה/עדף בחشك המיני

▪ אמצעי מנעה

▪ מספר הרינוות

▪ מספר הפלות

▪ בעיות פוריות

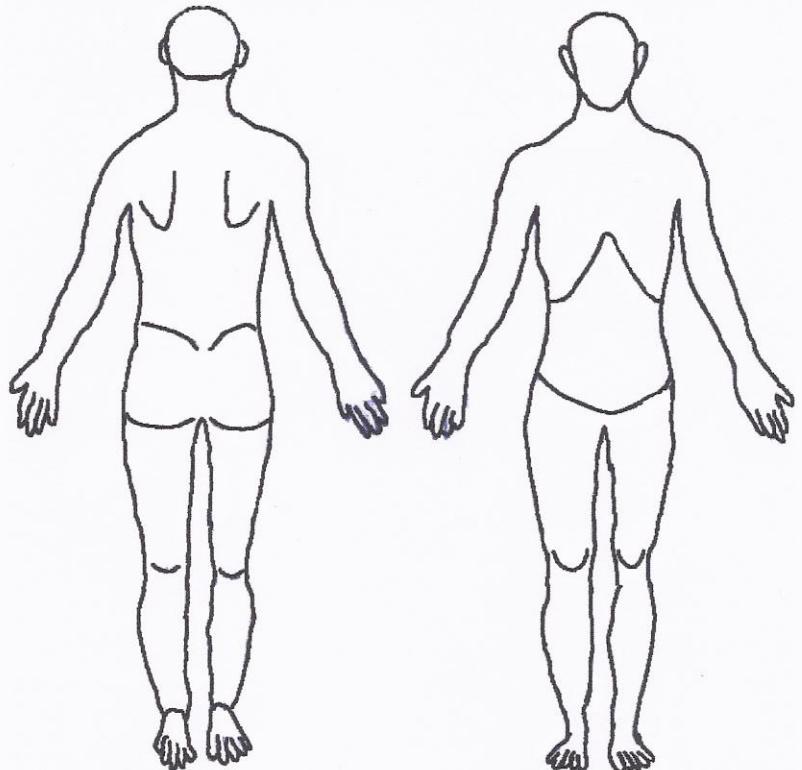
לגברים בלבד

- בעיתת פוריות
 - ספירת צרע נמוכה
 - איקות צרע נמוכה
 - תנועותיות צרע נמוכה
 - אימפוטנציה
 - שפיכה מוקדמת
 - קרי לילה
 - הפרשות מאברי המין
 - ירידה/עדף בחשך המיני
 - מחלות מין
 - בעיות בפרוסטטה

עצמות מפרקים ושרירים

- דלקת/כabi פרקים
 - התכווציות/cabim/חולשת שרירים
 - חסור תחושה
 - קשי הליכה
 - האבלת תנעה
 - בעיות בחוליות עמוד השדרה
 - כאבגב עליון/אמצע/תחתון
 - מתח/כאב בצוואר כתפיים עורף
 - כאב במקום אחר

נא לסמן את האזוריים הבענייתיים ולתאר את אופי הבעיה ומיקומה:



נא למלא במידה ונוטלית תרופות ו/או תוספים: