



הפרדס הראשון 35 ראשל"צ ט"ל: 050-4230535 03-5181612

ברוכים הבאים למרכז רפואה סינית ומשלימה. אנא מלא את השאלון שלהלן ע"מ שנוכל לתת לך את הטיפול הטוב ביותר אשר מבוסס על מצבך האמיתי.  
(הטופס מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, עימך הסליחה J).  
לידיעתך, כל המידע בשאלון זה ובמסגרת הטיפול נשאר חסוי והוא מיועד לעיון המטפלים בלבד.

שם מלא \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_

מספר טלפון ניד + בית\ עבודה \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

האם את רגיש במיוחד לחום או קור? \_\_\_\_\_

במידה ואתה רגיש לחום, האם הוא (הקף בעיגול): מלווה בהזעה? מלווה בצמרמורת? מתגבר בשעות אחה"צ?  
במידה ואתה רגיש לקור, האם (הקף בעיגול): כפות הידיים והרגלים קרות? יש קור של הגב התחתון?  
נשים: האם בנוסף לקור יש גם בעיות מחזור? \_\_\_\_\_

האם אתה נוטה להזיע שלא בעקבות פעילות פיסית? \_\_\_\_\_

האם ההזעה היא בכל הגוף או במיוחד באזור מסוים (ראש, גב, בטן, מפשעה, חזה, כפות, אחר)? \_\_\_\_\_

האם ההזעה מתרחשת בשעות היום או הלילה? \_\_\_\_\_

הזעה בקלות ובעקבות מאמץ מועט? \_\_\_\_\_

חוסר הזעה לאחר מאמץ רב? \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מכאבי (סמן בעיגול): ראש, פנים, צוואר, גב, חזה, בטן, מפשעה, כתפיים, מרפקים, פרקי הידיים, ירכיים, ברכיים, קרסוליים, נשים: כאבי מחזור.

כמה זמן הכאב קיים? \_\_\_\_\_

האם התחיל בעקבות מאורע כלשהו (תאונה, חבלה, מחלה...)? \_\_\_\_\_

מה מקל על הכאב? \_\_\_\_\_

מה מחמיר את הכאב? \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מסחרחורות? \_\_\_\_\_

כמה זמן? \_\_\_\_\_

באיזו תדירות? \_\_\_\_\_

כמה זמן נמשכת כל התקפה? \_\_\_\_\_

האם יש בעיות עיניים כגון (הקף בעיגול): טשטוש ראייה, כאבי עיניים, יובש או שריפה או תחושת גרגיר חול העין?

האם אתה משתמש במשקפיים\עדשות מגע? \_\_\_\_\_

האם יש בעיות שמיעה? פרט: \_\_\_\_\_

כמה זמן? \_\_\_\_\_

האם יש צלצולים או צפצופים באוזניים? \_\_\_\_\_

האם צליל הצפצוף גבוה או נמוך? \_\_\_\_\_

איזה טעם אתה מעדיף במיוחד? \_\_\_\_\_

איזה טעם הכי פחות מועדף? \_\_\_\_\_

כמה ארוחות אתה אוכל ביום? \_\_\_\_\_

מתי הארוחה העיקרית? \_\_\_\_\_

האם יש תאבון בוקר? \_\_\_\_\_

האם יש נפיחות בטן, עייפות או תחושת כבדות לאחר הארוחה? \_\_\_\_\_

האם אתה שותה במהלך היום? \_\_\_\_\_

העדפה לשתיה קרה או חמה? \_\_\_\_\_

האם אתה סובל מהקאות, צרבות או מטעם מר בפה? \_\_\_\_\_

האם יש קושי או כאב במתן שתן? \_\_\_\_\_

האם יש תכיפות או קושי להתאפק? \_\_\_\_\_

האם השתן כהה או בהיר בד"כ? \_\_\_\_\_

האם היציאות סדירות? \_\_\_\_\_  
כמה פעמים ביום? \_\_\_\_\_  
האם יש נטייה לעצירות או שלשול? \_\_\_\_\_  
כאבי בטן לפני/בזמן/אחרי היציאה? \_\_\_\_\_  
--רעשי בטן, גזים, דם בצואה? \_\_\_\_\_

צריבה בפי הטבעת? \_\_\_\_\_  
האם יש צורך ביציאה מיד לאחר האוכל? \_\_\_\_\_  
עצירות ושלשול לסירוגין? \_\_\_\_\_

כמה שעות אתה ישן? \_\_\_\_\_  
בין אילו שעות. \_\_\_\_\_  
האם יש קושי להרדם? \_\_\_\_\_  
האם השינה רציפה? \_\_\_\_\_  
האם אתה זוכר חלומות? \_\_\_\_\_  
האם יש חלומות שחוזרים על עצמם? \_\_\_\_\_  
האם יש קושי להתעורר בבוקר? \_\_\_\_\_  
האם יש עייפות בוקר? \_\_\_\_\_  
מצב רוח לא טוב כשמתעורר מהשינה? \_\_\_\_\_  
האם את המדבר מתוך שינה? \_\_\_\_\_  
האם יש (הקף בעיגול) חוסר מנוחה תוך כדי שינה, חריקת שיניים בלילה, זריקת גפיים בשינה, איברים שנרדמים תוך כדי שינה? \_\_\_\_\_  
האם אתה נוחר? \_\_\_\_\_

האם ישנה נטייה או היסטוריה של דיכאון, פחדים, דאגות, עצב רב, כעס תכוף ו/או בלתי נשלט? \_\_\_\_\_

האם אושפזת בעבר לטיפול רפואי עקב תאונה, חבלה, ניתוח, או כל סיבה אחרת-אנא פרט בקצרה \_\_\_\_\_

האם אתה נוטל תרופות או תוספי מזון באופן קבוע? פרט \_\_\_\_\_

נשים

האם את נוטלת גלולות? \_\_\_\_\_

כמה ימים נמשכת הוסת? \_\_\_\_\_

דימום רב או מועט? \_\_\_\_\_

האם צבע הדם אדום, חום, גוון אחר? \_\_\_\_\_

האם יש קרישים בוסת? \_\_\_\_\_

כאבים לפני\ בזמן\ אחרי הוסת? (רחם, בטן, גב תחתון, חזה, ראש, אחר...)

האם יש הפרשות במהלך החודש? \_\_\_\_\_

מספר הריונות, מספר לידות ובאילו שנים? \_\_\_\_\_

האם היו הפלות טבעיות או יזומות? \_\_\_\_\_

האם הלידות התרחשו בזמן? \_\_\_\_\_

מצבך לאחר הלידה (פיסי ונפשי) \_\_\_\_\_

כמה ילדים יש לך? \_\_\_\_\_

האם נולדו בריאים? \_\_\_\_\_

תודה על שהקדשת מזמנך למילוי השאלון.

הינך מוזמנת להצטרף לרשימת הדיוור של המרכז לקבל עדכונים בנושאי בריאות ורפואה משלימה וליהנות

מהנחות והטבות. ע"מ להצטרף אנא מלאי את הפסקה הבאה:

אני \_\_\_\_\_ מעוניינת לקבל עדכונים תקופתיים בדואר אלקטרוני ממרכז ראן

לרפואה סינית. כתובת הדו"אל שלי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

באפשרותך לבטל את ההרשמה בכל עת ע"י הודעת דו"אל

אנו מכבדים את פרטיותך. מובטח לך כי הכתובת שמסרת לא תימסר לגורם שלישי והיא תשמש ליצירת קשר

בינינו בלבד.