

שאלון בריאות

- הפרטים מוגנים בסודיות רפואית על פי חוק -

תאריך: _____

פרטים כלליים:

שם: _____ הפנייה ע"י: _____
 כתובת: _____ מקצוע/עיסוק: _____
 תאריך לידה/גיל: _____ מקום עבודה: _____
 טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ נייד _____
 מצב משפחתי: _____ ארץ לידה: _____
 רופא/ה מטפל/ת: _____ אי-מייל (בכתב ברור): _____ @

סיבות עיקריות לקביעת פגישה זו:

1. _____
 2. _____
 3. _____

עבר רפואי:

בבקשה סמן/י ב – X תחת 'מעולם לא' – אם מעולם לא חווית את הבעיה, תחת 'בעבר' – אם סבלת מהבעיה בעבר ותחת 'בהווה' – אם את/ה סובל/ת מהבעיה כעת. אם אינך בטוח/ה השאיר/י ריק.

מעולם לא		בהווה	בעבר
()	אלרגיות	()	()
()	אפנדיציט / דלקת התוספתן	()	()
()	אסטמה / בرونכיטיס ספסטית	()	()
()	בעיות בכלי דם	()	()
()	סרטן מכל סוג שהוא	()	()
()	סוכרת	()	()
()	היפוגליקמיה	()	()
()	שימוש בסמים	()	()
()	אפילפסיה / התכווצויות	()	()
()	בעיות בכיס המרה	()	()
()	גאווט	()	()
()	מחלת לב	()	()
()	הרניה / בקע מכל סוג שהוא	()	()
()	טחורים / פיסורה	()	()
()	לחץ דם גבוה	()	()
()	מחלת כליות / אבני כליות	()	()
()	מחלת כבד / דלקת כבד (Hepatitis)	()	()
()	דלקת שיגרון (Rheumatic Fever)	()	()
()	שבץ מוח	()	()
()	השתלת איברים	()	()
()	מחלות מין	()	()
()	מחלות בלוטת התריס / התירוואיד	()	()
()	שחפת	()	()
()	כיב קיבה / תרסריון / אולקוס	()	()
()	מיגרנות	()	()
()	בעיות בבלוטת הערמונית (פרוסטטה)	()	()
()	שינוי בתחושות ו/או בעיכול כתוצאה מאכילת מזון מסוים	()	()
	אחרים: _____	()	()

בבקשה סמן/י ב - X תחת 'כן' - אם חווית את הסימפטום/ההרגשה ב - 30 הימים
האחרונים ותחת 'לא' - אם לא חווית את הסימפטום/ההרגשה ב - 30 הימים האחרונים. אם
אינך בטוח/ה השאיר/י ריק.

	כן	לא
שינוי במשקל	()	()
שינוי בתאבון / בצימאון	()	()
אי סבילות לחום או קור	()	()
האם בלילה יש: חום, צמרמורת או הזעות	()	()
בעיות במתן שתן / שינוי בכמות השתן	()	()
סחרחורת	()	()
הפרעות ראייה	()	()
התעלפות	()	()
כאב בטן או אי-נוחות בבטן	()	()
הפרעות עיכול, צרבת, גזים	()	()
שלשול או צואה מימית	()	()
הקאה דמית	()	()
עצירות.	()	()
דם בצואה או בשתן / צואה שחורה	()	()
הפרעות שינה	()	()
שינוי במצב הרוח ו/או מתח ו/או דיכאון ו/או חרדה וכו'	()	()
בעיות בבית / במשפחה	()	()
בעיות בעבודה	()	()
קשיים באינטימיות מינית	()	()
הפרעות שמיעה / בעיות באוזניים	()	()
בעיות בסינוסים	()	()
הפרעות בבליעה / בגרון	()	()
שיעול יתר, עיטוש יתר	()	()
דם בכיח / בליחה	()	()
בעיות בנשימה	()	()
כאב, לחץ או אי נוחות בחזה	()	()
הפרעות בדופק / בקצב הלב	()	()
נפיחות או כאב בפרקים / בידיים / בברכיים	()	()
בעיות בעור	()	()
כאבי ראש	()	()
בעיות בצוואר	()	()
כאב גב	()	()
חולשה, חוסר אנרגיה	()	()
דימום או סימני חבלות המופיעים בקלות	()	()
בעיות בהליכה, בישיבה, בשכיבה	()	()
כאבים בשד, רגישות, הפרעות, גושים	()	()
כאב באגן / גוש באגן	()	()
הפרשה נרתיקית, אי נוחות, ריח לא תקין	()	()
אחרים:	()	()

עץ משפחתי:

שם	גיל	בעיות בריאות עיקריות	סיבת פטירה אם נפטרה
אם			
אב			
בן/בת זוג			
אח/אחות			
אח/אחות			
ילד/ה			
ילד/ה			
ילד/ה			

אשפוזים:

בבקשה מנה/י אשפוזים בבתי-חולים:
גיל _____ סיבת האשפוז _____

1. _____
2. _____
3. _____

תרופות:

בבקשה מנה/י את כל התרופות אשר לקחת עכשיו או בחודש האחרון וכן את המינון במידה וידוע (כולל תרופות ללא מרשם כגון אקמול, אספירין, גלולה למניעת הריון, ויטמינים, מינרלים, צמחי מרפא, הומאופתיה וכו'):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

אלרגיות ורגישויות:

בבקשה מנה/י אלרגיות לתרופות/למזונות/למשהו אחר:

מידע נוסף:

משקל נוכחי _____ משקל רצוי _____ גובה _____
עישון בהווה _____ מספר סיגריות ליום _____ בעבר _____ מתי הופסק _____
שתיית אלכוהול _____ כמות שבועית _____
יציאות: כמה פעמים ביום _____ או בשבוע _____ ; מרקם נוטה ל: נוזלי/רך/מוצק/קשה (להקיף)
תנועה/פעילות גופנית: _____
סוג הפעילות _____ מספר פעמים בשבוע _____ מספר דקות/שעות כל פעם _____
מספר שעות שינה בלילה ממוצע _____ שינה בצהריים: _____
האם את/ה מתעורר/ת בבוקר רענן/ה? עייף/ה? _____
ממוצע זמן חשיפה לשמש ביום (ללא משחות הגנה): _____
העדפה אישית: חום/קור? קיץ/חורף? שתייה חמה/פשוטת/קרה? (להקיף בעיגול).
כיצד את/ה מבלה את שעות הפנאי שלך? _____

מחזור חודשי:

גיל התחלה _____ במידה והפטיק, מתי? _____ זמן בין מחזוריים _____ זמן דימום _____
תופעות לפני/בזמן המחזור (כאבי בטן, נפיחות ורגישות בשדיים, שינוי במצב הרוח וכו')

מספר הריונות: _____

מהן המטרות אותן את/ה מעוניין/ת להשיג בתום תקופה של 3-6 חודשים מעכשיו?

1. _____
2. _____
3. _____

האם קיימת נכונות מצידך להכניס שינויים בהרגלי החיים והתזונה שלך במידה ויידרשו?

❖ כל מסמך רפואי שתביא/י לפגישה הראשונה יכול רק לסייע: בדיקות דם אחרונות, בדיקות מיוחדות, מכתבי סיכום ביקור/אשפוז ו/או הפנייה מרופא לרופא, חוות דעת וכיו"ב.

יומן תזונה

כדי שאוכל להספיק יותר במהלך הביקור אבקשך למלא יומן אכילה זה. הכוונה היא לכתוב את כל מה שבא אל פיך (כולל תרופות) במהלך 3 ימים, כאשר עדיף שיום אחד מתוך השלושה יהיה יום שבת או יום חופש (שבו התזונה שונה בד"כ). כל שעלייך לעשות הוא לכתוב את השעה בה אכלת ומה אכלת ושתיית. רצוי להעריך כמויות ע"י מתן מספר (4 פרוסות לחם לבן מרוח בגבינה לבנה 9%) ו/או גודל (קערת מרק עוף גדולה, ¼ עוף, מנת דג מטוגן בגודל קופסת קלפים, ½ קופסת קוטג' 5% וכו').

תאריך:

שעה	אוכל / שתייה / תרופות

תאריך:

אוכל / שתייה / תרופות	שעה