



טופס קבלה רפואה סינית

שם	תאריך
מקצוע	תאריך לידה
מייל	כתובת
מצב משפחתי	נייד

תלונה עיקרית (תדירות, מה מקל\מחמיר, היסטורית המחלה, אופי, ביטויים קליניים...)

תלונות משניות :

אבחנה רפואית

תרופות ו/ או תוספי מזון

שם התרופה / תוסף מזון	תקופת לקיחה

היסטוריה רפואית:

ניתוחים	
אשפוזים	
תאונות	
אלרגיות	
שברים	
מחלות תורשתיות	

דרך חיים:

עישון / סביבת מעשנים:

סמים / אלכוהול:

פעילות גופנית:

הרגלי שינה:

זמני שינה-

קושי לקום בבוקר / קושי להירדם -

חלומות -

עייפות / ערנות במהלך היום -

תזונה :

מספר ארוחות ביום	
זמני הארוחות	
בוקר:	
צהריים :	
ערב:	

כללי

תאבון	הזעות	אנרגיה
יציאות	חום/קור	כאבים

שֵׁתַן -	זִיכְרוֹן / רִיכוּז	מִצַּב נַפְשִׁי
----------	---------------------	-----------------

מערכות הגוף – יש לסמן

<u>ראש וצוואר</u>	<u>מערכת לב וכלי דם</u>	<u>מערכת נשימה</u>
סחרחורות []	כאבים בחזה []	שיעול []
מיגרנות []	פלפיטציות []	קשיי נשימה []
התעלפויות []	הפרעות קצב []	אסטמה []
כאבי צוואר []	מחלות לב []	התקררויות תכופות []
נשירת שיער []	ל"ד דם גבוה []	סינוסיטיס []
יובש בקרקפת []	ל"ד נמוך []	

<u>מפרקים ושרירים:</u>	<u>עיניים ואוזניים</u>	<u>אף אוזן גרון</u>
כאבי מפרקים []	ראייה מטושטשת []	מלאות בסינוסים []
כאבי שרירים []	קוצר /רוחק ראייה []	נזלת אלרגית []
חולשת שרירים []	דלקות עיניים []	כאבי גרון []
קשיי הליכה []	נקודות שחורות בעיניים []	פצעים בפה []
כאבי גב []	דלקות אוזניים חוזרות []	יובש בפה []
	צפצופים []	פטרייה בפה /לשון []
	ירידה בשמיעה []	

<u>מע' עיכול:</u>	<u>מע' העור</u>
בחילות []	פריחות []
עצירות []	אקזמה []
שלשולים []	הזעות יום []
כאבי בטן []	יובש בעור []
גזים, נפיחות []	גירודים []
טחורים []	קשקשת []
שינויים מהירים במשקל []	
צרבות, שיהוקים []	
אבנים בכיס מרה []	

לגברים בלבד:
 כאב \גירוד באיבר המין, הפרשות מאיבר המין, חולשה במתן שתן, תכיפות \דחיפות במתן שתן, צריבה, דלקות במע' שתן, אימפוטנציה, שפיכות מוקדמת, קרי לילה, ירידה בחשק המיני, מחלות מין

לנשים בלבד:

דלקות שתן \ בוגינה
הפרשות
צבע הפרשות
ציסטות ברחם
מחלות מין \ הרפס
ציסטות בחזה

מחזור:

הופעת המחזור הראשוני בגיל _____
מסודר \ לא מסודר _____
אורך הוסת _____
כמות הדימום _____
צבע הדם _____
קרישים _____
- _____
כאבים לפני וסת -תופעות טרום וסתיות _____

כאבים בזמן הוסת _____
כאבים אחרי וסת-תופעות פוסט וסתיות _____
אמנוריאה _____

הריון ולידות:

מספר הריונות	מספר לידות
בעיות בהריון	
קושי בכניסה להריון	

רגשות - יש לסמן

פחדים, כעסים, עצב, הססנות, דיכאון, חוסר ביטחון, בכי, מופנמות, מתח, יציבות, טראומות

העדפות \ דחיות

טעם מועדף _____
צבע _____
עונות השנה - מזג האוויר _____
שעות ביממה העדיפות _____

הצהרה:

הנני מאשר/ת כי אני מודע\ת כי הטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה קונבנציונלית ו\או לכל התייעצות ברופא קונבנציונלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי כלשהו ללא התייעצות רופא. אני מודע /ת כי המטפלת הינו בעלת הסמכה ברפואה סינית ובשיאצו ואיננה רופאה קונבנציונלית. הנני מאשר/ת כי תשובותיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע.

תאריך _____
חתימה _____

© הזכויות שמורות לנשימה -קליניקה טבעית לנשים -מוריה 20, חיפה.

www.nashima.co.il

