

## שאלון לשיאצו

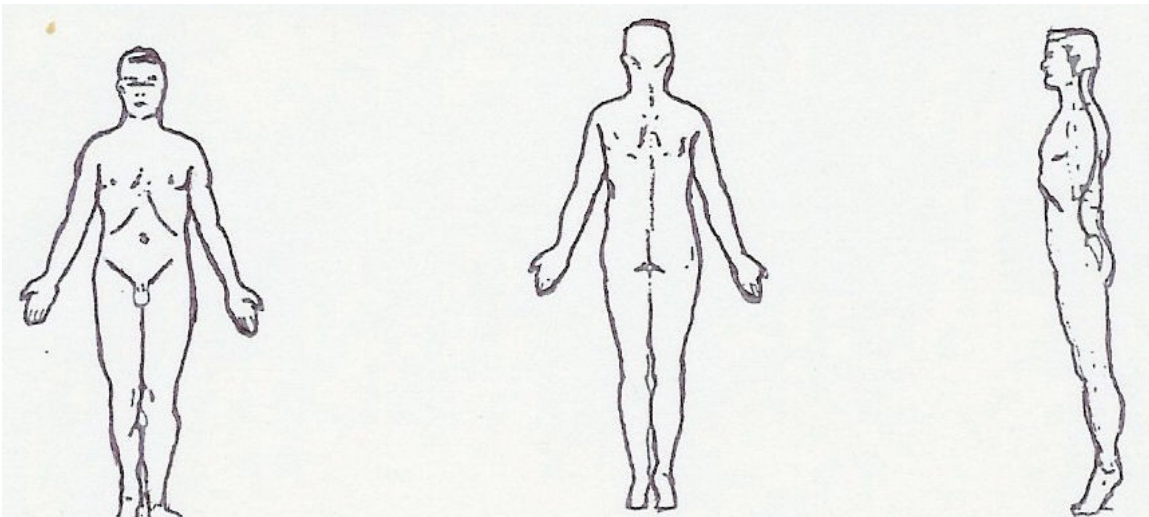
שם	תאריך
מקצוע	תאריך לידה
מייל	כתובת
מצב משפחתי	נייד

? איך הגעת אלינו

מטרת הטיפול

?האם את בהריון ? איזה חודש

יש לסמן את האזור הרגיש



מערכות הגוף –יש לסמן

מערכת נשימה  
 שיעול  
 קשיי נשימה  
 אסטמה  
 התקררויות תכופות  
 סינוסיטיס

מערכת לב וכלי דם  
 כאבים בחזה [ ]  
 פלפיטציות [ ]  
 הפרעות קצב [ ]  
 מחלות לב [ ]  
 ל"ד דם גבוה [ ]  
 ל"ד נמוך [ ]

ראש וצוואר  
 [ ] סחרחורות [ ]  
 [ ] מיגרנות [ ]  
 [ ] התעלפויות [ ]  
 [ ] כאבי צוואר [ ]  
 [ ] נשירת שיער [ ]

[ ] יובש בקרקפת [ ]

אף אוזן גרון

מלאות בסינוסים  
נזלת אלרגית  
כאבי גרון  
פצעים בפה  
יובש בפה

עיניים ואוזניים

ראייה מטושטשת [ ]  
קוצר /רוחק ראייה [ ]  
דלקות עיניים [ ]  
נקודות שחורות בעיניים [ ]  
דלקות אוזניים חוזרות [ ]  
פטרייה בפה /לשון

מפרקים ושרירים:

[ ] כאבי מפרקים [ ]  
[ ] כאבי שרירים [ ]  
[ ] חולשת שרירים [ ]  
[ ] קשיי הליכה [ ]  
[ ] כאבי גב [ ]  
[ ] צפצופים [ ]  
[ ] ירידה בשמיעה

עור עיכול

פריחות  
אקזמה  
הזעות יום  
יובש בעור  
גירודים  
קשקשת

[ ] בחילות [ ]  
[ ] עצירות [ ]  
[ ] שלשולים [ ]  
[ ] כאבי בטן [ ]  
[ ] גזים, נפיחות [ ]  
[ ] טחורים [ ]  
[ ] שינויים מהירים במשקל  
[ ] צרבות, שיהוקים  
[ ] אבנים בכיס מרה

הצהרה:

הנני מאשר/ת כי אני מודעת/ת כי הטיפול המבוקש על ידי אינו מהווה תחליף לכל טיפול ברפואה קונבנציונלית ולא כלל 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 תשובתיי לכל השאלות הן מלאות וכנות וכי לא החסרתי כל מידע

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

