

הפרטים מוגנים בסודיות רפואית על פי חוק

תאריך: _____

פרטים כלליים:

שם: _____ הפנייה ע"י: _____
 כתובת: _____ מקצוע/עיסוק: _____
 תאריך לידה: _____ מקום עבודה: _____
 טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ נייד: _____
 מצב משפחתי: _____ ארץ לידה: _____
 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	
			מחלת כליות / אבני כליות
			מחלת כבד / דלקת כבד (Hepatitis)
			דלקת שיגרון (Rheumatic Fever)
			שבץ מוחי
			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:

מעולם לא	בהווה	בעבר	
			אפנדיציט / דלקת התוספתן
			אסטמה / ברונכיטיס ספסטית
			בעיות בכלי דם
			סרטן מכל סוג שהוא
			סוכרת
			היפוגליקמיה
			שימוש בסמים
			אפילפסיה / התכווצויות
			בעיות בכיס המרה
			גאوت
			מחלת לב
			הרניה / בקע מכל סוג שהוא
			טחורים
			לחץ דם גבוה

עבר רפואי (המשך):

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.

לא	כן	
		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 רע
		אחרים:

לא	כן	
		שינוי במשקל
		שינוי בתאבון / בצימאון
		אי סבילות לחום או קור
		חום, צמרמורת, הזעות לילה
		בעיות במתן שתן / שינוי בכמות השתן
		סחרחורת
		הפרעות ראייה
		התעלפות
		כאב בטן או אי-נוחות בבטן
		הפרעות עיכול, צרבת, גזים
		צואה מימית
		הקאה דמית
		עצירות
		דם בצואה או בשתן / צואה שחורה
		הפרעות שינה
		שינוי במצב הרוח, מתח, דיכאון, חרדה וכו'
		בעיות בבית / במשפחה
		בעיות בעבודה
		קשיים באינטימיות מינית
		הפרעות שמיעה / בעיות באוזניים
		בעיות בסינוסים

הפרטים מוגנים בסודיות רפואית על פי חוק

תאריך: _____

עץ משפחתי:

סבת פטירה אם נפטר/ה	בעיות בריאות עיקריות	גיל	
			אם
			אב
			בן/בת זוג
			אח/ות
			אח/ות
			ילד/ה
			ילד/ה
			ילד/ה

מחלות כרוניות/ניתוחים/אשפוזים:

בבקשה פרט/י וציין/י באיזה גיל:

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. _____

הפרטים מוגנים בסודיות רפואית על פי חוק

תאריך: _____

אלרגיות ורגישויות:

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

1. _____
2. _____
3. _____

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)
שתן: _____ כמה פעמים ביום _____ צבע: _____
תנועה/פעילות גופנית: _____
סוג הפעילות: _____ מספר פעמים בשבוע _____ מספר דקות/שעות כל פעם _____
מספר שעות שינה בלילה ממוצע: _____
האם את/ה מתעורר/ת בבוקר רעבן/ה? עייף/ה?
העדפה אישית: חום/קור? קיץ/חורף? שתיה חמה/פשוטת/קרה? (להקיף בעיגול).
כיצד את/ה מבלה את שעות הפנאי שלך? _____

1. _____
2. _____
3. _____

מחזור חודשי:

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

1. _____
2. _____
3. _____



שאלון בריאות - נמשך

הפרטים מוגנים בסודיות רפואית על פי חוק

תאריך: _____

גניקולוגית:

מס' הריונות: _____ מס' לידות: _____

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

1.

2.

3.

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

