

מצב משפחתי _____ טלפון בבית _____ טלפון נייד _____
 דוא"ל _____ כתובת _____
 מוצא _____ תאריך לידה _____ גיל _____
 עיסוק _____ רופא מטפל _____ הופנה ע"י _____
 תלונה _____

היסטוריה רפואית

מחלות משמעותיות; סרטן, סוכרת, לחץ דם גבוה, צהבת, מחלות מפרקים, מחלות בלוטת המגן, מחלת הנפילה, שונות
 ניתוחים(מתי?) _____

חבלות משמעותיות (תאונה, נפילה..) _____

אלרגיות(כימיקלים, תרופות, מזון) _____

תרופות שנלקחו בחודשים האחרונים(צמחים, ויטמינים וכו') _____

פעילות גופנית _____

הרגלים: עשון _____ קפה _____ תה _____ קולה _____ אלכוהול _____ סמים _____ סוכר _____ מלח _____ אחרים _____

מחלות במשפחה

סכרת סרטן יתר לחץ דם מחלות לב שבץ מוחי
 מחלת הנפילה אסטמה אלרגיות אלכוהוליים שונות

כללי

חוסר תאבון עייפות כפות רגלים קרות הזעת לילה שינוי בתאבון
 תאבון מוגבר רעד קור בגב הזעה בקלות טעם/ריח מסוימים
 עליה/איבוד משקל סימנים כחולים/דימום בטן קרה חולשה פתאומית צימאון יתר(קר/חם)
 הפרעות בשינה סחרחורת חום חולשה מקומית חוסר שיווי משקל
 קשיי תרדמה ידיים קרות צמרמורת ליקויי קואורדינציה חלומות

עור ושיער

פריחות כיבים נשירת שיער פריחות אלרגיות
 אקזמה פיצעונים בעיות עור/שיער קשקשים
 גירוד שטפי דם שינוי באיכות עור/שיער אחר

מערכת הנשימה

שיעול דלקת ריאות ברונכיט שונות
 שיעול דמי קשיי נשימה בשכיבה ליחה (צבע/ריח)
 אסטמה לחץ בחזה נזלת כרונית

מערכת כלי הדם

יתר לחץ דם דפיקות לב חזקות ידים/ רגלים חמות דליות/דלקות בורידים
 לחץ דם נמוך דופק בלתי סדיר ידים/רגלים מזיעות קשיי נשימה במאמץ
 כאבים/לחץ בחזה עילפון ידים/רגלים קרות בצקות ידים/רגלים
 לחץ דם _____ גלי חום אחה'צ/ערב קרישי דם שונות

שריר שלד

- כאבי צוואר כאבי שרירים כאבי גב בעיות ומחלות אחרות בשלד ושרירים-
 כאבי ברכיים כאבי מפרקים כתפיים מתוחות אחר _____

ראש צוואר

- סחרחורת כאבים בעיניים דימום מהאף יובש בפה דימום חניכיים
 זעזוע מח ליקוי ראייה סינוסיטיס רוק סמיך נקודות בעיניים
 מיגרנות עיוורון לילה ליחה דלקת חניכיים כאב גרון חוזר
 משקפיים עיוורון צבעים יובש בגרון 'קליק' בלסת אפטות בפה
 מאמץ יתר בעיניים קטראקט כאב לשון חריקת שיניים בעיות שיניים
 כאבי אזניים צילצולים באזניים כאבים בפנים כאבי ראש ליקויי שמיעה

מערכת העיכול

- בחילה צואה שחורה עצירות תדירות _____
 הקאות ריח רע בפה דם בצואה צבע _____
 שלשול כאב בפי הטבעת בטן רגישה ריח _____
 גיהוק/שיהוק טחורים כאב בטן/התכווציות מבנה _____
 צרבת בקע סרעפתי לפנ/אחרי ארוחה שאריות אוכל שלא עוכל
 גזים אחר _____

בוקר	צהרים	ערב	שעה
שעה _____	שעה _____	שעה _____	שעה _____
מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____	מורכבת מ- _____

מערכת מין ושתן

- צריבה במתן שתן דחיפות מתן שתן פריג'ידיות מתן שתן בלילה (מס' פעמים _____)
 בריחת שתן דם בשתן אימפוטנציה מחלות מין _____
 תכיפות במתן שתן אבנים בכליות סיפוק מיני ירוד רגישות/כאב באברי המין
 שתן בהיר/כהה ריח שתן חריף

הריון וגניקולוגיה

- גיל מחזור ראשון _____ הפלות (טבעיומלאכותי)
 מס' ימי מחזור _____ קרישים במחזור מנפאוזה (גיל המעבר) בדיקה גניקולוגית אחרונה _____
 מס' ימי דימום _____ מחזור בלתי סדיר גלי חום אמצעי מניעה-סוג ומשך לקיחה _____
 מס' הריונות _____ כאבים במחזור פצעים/רגישות בנתיק שינוי גופני לפני המחזור
 מס' לידות _____ כמות הדם במחזור הפרשות נרתיק שינוי מצב רוח לפני מחזור
 לידות פג _____ דימום בין מחזורי רגישות בחזה דיפרסיה/דכאון

ניורופסיכולוגיה

- התקף אפילפטי זיכרון לקוי חוסר קואורדינציה טיפול בבעיות נפש
 דיכאון נטיה לכעס זעזוע מוח בעיות ניורולוגיה/פסיכולוגיה
 אזורי נימול/הרדמות סחרחורת טיפוס מתוח ולחץ
 חרדות איבוד שיווי משקל מחשבה/ניסיון התאבדות
 שונות _____

ידוע לי כי המטפלת/ _____ הינו/ה מטפלת/ ברפואה סינית וכי הוא/היא אינו/ה רופא/ה כמו כן, ידוע לי כי הטיפול אשר אני מקבלת/ אצל המטפלת/ אינו מבטל את הצורך (במידה וקיים) בפנייה לרופא בתחום הרפואה המערבית ואי פנייה שלי לכזה הינה על פי החלטתי הבלעדית ואחריותי בלבד. ידוע לי, כי כל שינוי מהמלצות אשר ניתנו על ידי רופא יעשו בתיאום איתו לרבות נטילת תרופות, בדיקות מעקב או כל המלצה אחרת". אישור _____