



פרטים אישיים:

שם פרטי:	שם משפחה:	מין	ז / נ
תאריך לידה:	מצב משפחתי של ההורים נשואים גרשים פרודים חד-הורי אלמן/ה	שם האם/אפוטרופוסית:	
שם האב/אפוטרופוס:	כתובת:	מספר טלפון (ניתן לרשום יותר מאחד)	
		בית:	
		נייד (אם):	
מספר אחים/אחיות:	כתובת אי-מייל:	נייד (אב):	

היסטוריה רפואית:

מהי הסיבה העיקרית שבגינה את/ה מבקשת טיפול?
אנא השתדלי/ להיות מדויק ככל האפשר, ולכלול גם דברים שנראה כאילו אינם קשורים לטיפול הכירופרקטי או לסיבה שבגינה הגעת/ה למרפאה.

השאלון הנ"ל הוא בצורה של "כן ולא" ברובו, אנא הקפד/הקיפי את התשובה המתאימה. בהתאם לתשובתך, יתכן והכירופרקט ישאל שאלות נוספות במסגרת הבדיקה והראיון. השאלון פונה לילד, נא לציין אם אדם אחר עונה בשם הילד ומדוע.

האם עברת טראומה פיזית במהלך 6 החודשים האחרונים? (למשל תאונת דרכים/נפילה וכו')	כן / לא
האם עברת טראומה פיזית בתקופה הקודמת ל 6 החודשים האחרונים (גם לפני שנים)?	כן / לא
האם עברת ניתוחים מכל סוג שהוא (כולל ניתוחים פלסטיים)?	כן / לא
האם חלית או הנך חולה בסרטן?	כן / לא
האם ידוע לך על מחלות גנטיות במשפחה?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מבעיות (נא הקף בהתאם) בכליות, בכבד, בבלב, במעיין ו/או בכיס המרה?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת בעיות במערכת הלב וכלי הדם?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי ראש?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מסחרחורות?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת ממחלות אוטואימוניות (כולל אלרגיות, אקזמה ואסטמה)?	כן / לא
האם חווית או הנך חווה שינויים בחוש הריח, הטעם, הראייה או השמיעה?	כן / לא
האם ידוע לך האופן בו נולדת? הקף/הקיפי בהתאם - לידה רגילה, עם/בלי אפידורל, קיסרי, מלקחיים, וואקום, לידת עכוז.	כן / לא
האם ינק מיד לאחר הלידה?	כן / לא
האם היתה תזונה אחרת למעט הנקה?	כן / לא
האם טופלת בעבר, או הנך מטופל ע"י אורתופד?	כן / לא
האם טופלת בעבר, או הנך מטופל ע"י נירולוג?	כן / לא
האם טופלת בעבר, או הנך מטופל ע"י קרדיולוג?	כן / לא
האם טופלת בעבר, או הנך מטופל ע"י ראוטולוג?	כן / לא
האם שברת עצם מעצמותך (או יותר מאחת)?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי צוואר?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי גב?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי פרקים?	כן / לא
האם סבלת או הנך סובל/ת מבעיות בלימודים?	כן / לא
האם נכון לומר כי את/ה ספורטאית?	כן / לא



כן / לא	האם נכון לומר כי את/ה חסר קואורדינציה?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובל מבעיות בשינה?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובל מרגישויות למזון? לא מדובר באלרגיה למזון, אלא רגישות בלבד (לגלוטן לדוגמא).
כן / לא	האם את/ה צמחוני/ת?
כן / לא	האם את/ה לוקח ויטמינים/תוספי מזון? פירוט:
כן / לא	האם את/ה לוקח תרופות עם מרשם?
כן / לא	האם את/ה לוקח תרופות ללא מרשם?

נא השתמשו בשאר הדף להוסיף הערות, להרחיב על תשובות לעיל או להוסיף כל מידע אחר שנראה רלוונטי.