

פרטים אישיים:

<u>שם פרטי</u>	<u>שם משפחה</u>	<u>מין</u> ז / נ
<u>תאריך לידה:</u>	<u>מצב משפחתי:</u> רווק/ה נשוי/אה גרוש/ה אלמן/נה	<u>מספר ילדים:</u>
<u>שם בן/בת הזוג (אופציונלי):</u>	<u>כתובת:</u>	<u>מספר טלפון</u> (ניתן לרשום יותר מאחד)
		בית:
		נייד:
<u>עיסוק:</u>	<u>כתובת אי-מייל:</u>	

היסטוריה רפואית:

מהי הסיבה העיקרית שבגינה את/ה מבקשת טיפול?

אנא השתדלי/ו להיות מדויק ככל האפשר, ולכלול גם דברים שנראה כאילו אינם קשורים לטיפול הכירופרקטי או לסיבה שבגינה הגעת/ה למרפאה.

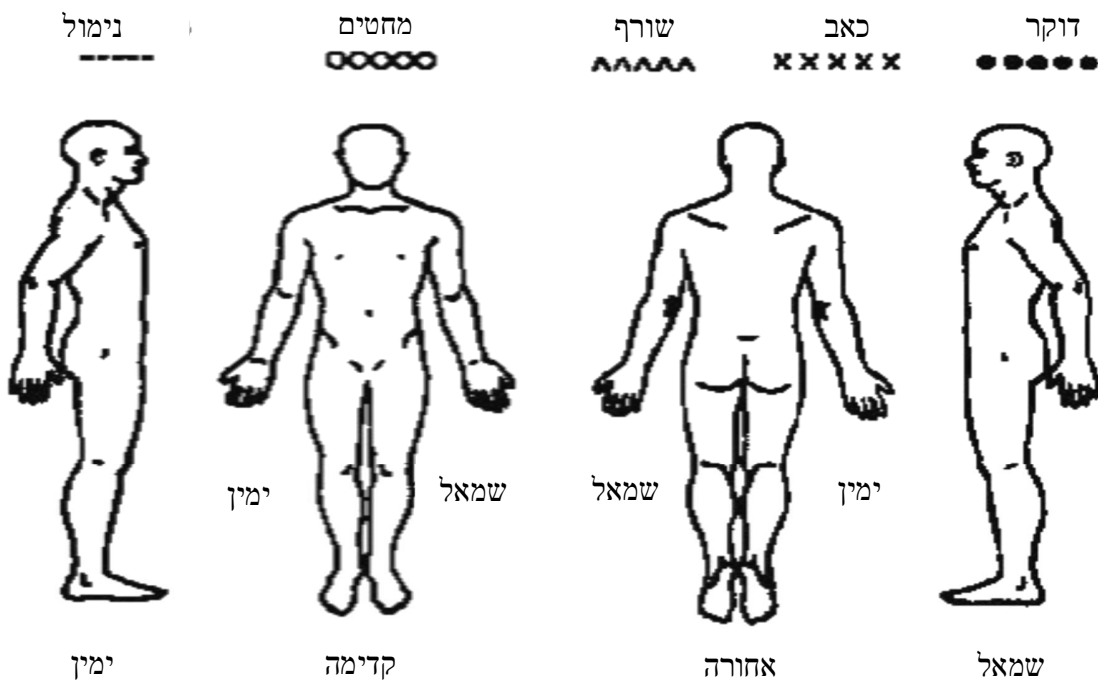
השאלון הנ"ל הוא בצורה של "כן ולא", אנא הקף/הקיפי את התשובה המתאימה. בהתאם לתשובתך, יתכן והכירופרקט ישאל שאלות נוספות במסגרת הבדיקה.

כן / לא	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 מלחץ דם גבוה או בעיות אחרות 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 את/ה סובלת/ת מרעידות, הפרעות בתנועה, קושי בתנועה וכו'?
כן / לא	האם חווית או הנך חווה שינויים בחוש הריח, הטעם, הראייה או השמיעה?
כן / לא	האם ידוע לך האופן בו נולדת? (לידה רגילה, קיסרי, מלקחיים וכו')
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 ברכיים?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבים בכפות הרגליים?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי ידיים?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבים במרפקים?
כן / לא	האם סבלת או הנך סובלת/ת מכאבי כתפיים?
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?
כן / לא	האם את/ה לוקח תרופות עם מרשם?
כן / לא	האם את/ה לוקח תרופות ללא מרשם?

במידה והנך סובל מכאב, אנא סמן/ני על התמונה היכן:



אנא סמן/ני היכן את/ה נמצאת/ת **כיום**, מבחינת מצב הבריאות הכללי שלך:

