



שאלון רפואי

פרטים אישיים

שם מלא:

זכר

נקבה

מין:

תאריך לידה:

גובה (בס"מ):

משקל (בק"ג):

מצב

רווק/ה

בזוגיות

נשוי/ה

גרוש/ה

אלמן/ה

משפחתי:

שם רופא המשפחה

תאריך ביקור אחרון:

המטפל:

עבר רפואי

באיזו מהמחלות הבאות חלית בילדות:

חצבת

חזרת

אדמת

אבעבועות

קדחת

שעלת

(Measles)

(Mumps)

(Rubella)

רוח

שגרונית

(Pertussi)

פוליו

(Chickenpox)

(Rheumatic)

(Polio)

(Fever

(

חיסונים בילדות ותאריכים (במקרה של מספר מנות, נא לציין את כולן):

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

פוליו
(Polio)

צהבת B
(Hepatitis B)

צהבת A
(Hepatitis A)

המופילוס
אינפלואנזה B
(Hemophilus
Influenzae
(B)

טטנוס
(Tetanus)

דיפתריה
(Diphtheria)

אדמת
(Rubella)

חזרת
(Mumps)

חצבת
(Measles)

פנאומוקוקוס
(Strep.)
(Pneumoniae
N.)
 מנינגוקוקוס
(Meningitidis

רוטה
(Rota)

אבעבועות רוח
(Chickenpox)

פפילומה
(Human)
Papilloma
(Virus

שפעת
(Influenza)

מומים
נוספים

מערכת
העיכול

מערכת
העצבים

כליות

לב

האם קיימים מומים מולדים
(נא לפרט את המום):

מהלך הלידה:

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

לידה רגילה סיבוכים
 לידה במועד פג (באיזה שבוע):
 סביב הלידה (אילו?)

ניתוחים בעבר:

אבחנות בעבר ובהווה (נא לציין ממתי ועד מתי, אם הסתיים):

סוכרת סוג 1 סוכרת סוג 2 סרטן יתר לחץ-דם טרשת עורקים מחלות ריאה

מחלות דרכי עיכול מחלות לב אבחנות נוספות

אשפוזים בעבר:

משך אשפוז:	סיבת אשפוז:	תאריך ומקום אשפוז:
משך אשפוז:	סיבת אשפוז:	תאריך ומקום אשפוז:
משך אשפוז:	סיבת אשפוז:	תאריך ומקום אשפוז:
משך אשפוז:	סיבת אשפוז:	תאריך ומקום אשפוז:
משך אשפוז:	סיבת אשפוז:	תאריך ומקום אשפוז:

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

משך אשפוז:

סיבת אשפוז:

תאריך ומקום אשפוז:

משך אשפוז:

סיבת אשפוז:

תאריך ומקום אשפוז:

תרופות קבועות

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

משך הנטילה:

מינון ואופן מתן:

שם התרופה:

שימוש תרופתי בחצי השנה האחרונה:

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

שם התרופה: מינון ואופן מתן: משך הנטילה:

שם התרופה: מינון ואופן מתן: משך הנטילה:

שם התרופה: מינון ואופן מתן: משך הנטילה:

שם התרופה: מינון ואופן מתן: משך הנטילה:

שם התרופה: מינון ואופן מתן: משך הנטילה:

אלרגיות ידועות:
האם עברת עירוי דם
בעבר?
 כן לא סיבה?

הרגלים:

פעילות גופנית קבועה ובאיזו תדירות שבועית:

תארי/י תזונה יומית ממוצעת:

צריכת מלח יומית: גבוהה מתונה נמוכה

צריכת סוכר יומית: גבוהה מתונה נמוכה

צריכת שומן יומית: גבוהה מתונה נמוכה

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

צריכת קפאין יומית: גבוהה מתונה נמוכה

צריכת אלכוהול: לא כן האם צורך/ת?

אם כן, איזה סוג? תדירות שתיה שבועית: האם מוטרד/ת מכמות השתיה?

האם שוקל/ת להפסיק? האם נוטה להשתכר עד עילפון? האם הנך נוהג לאחר שתיה?

האם מעשן/ת בהווה או בעבר? כן לא אם כן, כמה סיגריות ביום, למשך כמה שנים?

שימוש בסמים? כן לא אם כן, באילו סוגים ובאיזו תדירות?

האם מקיים/ת יחסי-מין בחצי השנה האחרונה? כן לא האם יש שימוש באמצעי מניעה? אילו ומזה כמה זמן?

האם אובחנת במחלות המועברות במגע מיני? כן לא אילו?

בטיחות אישית

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

האם הנך גר/ה לבד? כן לא אם לא, עם מי גר/ה?

האם הנך נופל/ת לעתים קרובות? כן לא

האם חשת בירידה בראייה או בשמיעה בשנה האחרונה? כן לא

היסטוריה משפחתית

מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות
מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות	מחלות ידועות
					קרבה
					מין
					האם בחיים?
					גיל (אם נפטר אז גיל פטירה)
					סבתא מצד אמא
					סבא מצד אמא
					סבתא מצד אבא
					סבא מצד אבא
					אם
					אב
					אח/ות
					אח/ות
					אח/ות
					ילד/ה
					ילד/ה
					ילד/ה

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

מחלות ידועות	גיל (אם נפטר אז גיל פטירה)	האם בחיים?	מין	קרבה
				ילד/ה
				קרובים נוספים
				קרובים נוספים

בריאות הנפש

האם הנך חווה לחץ נפשי
משמעותי? לא כן

האם הלך חש/ה דכורך? לא כן

האם יש שינויים
משמעותיים בתיאבון? לא כן

האם הנך בוכה לעתים
קרובות? לא כן

האם היה נסיון לפגוע
בעצמך או להתאבד
בעבר? לא כן

האם יש מחשבות על
פגיעה עצמית, כולל
התאבדות? לא כן

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

האם יש קשיים בהירדמות
או בשינה? כן לא

האם טופל בעבר בעקבות
מצב נפשי? כן לא

נשים בלבד

גיל הווסת הראשונה:

תאריך וסת אחרונה:

כל כמה זמן מופיעה וסת
(בימים)?

האם הווסת כוללת דימום
משמעותי, אי-סדירות,
כאבים חזקים או הפרשות
נוספות מלבד דם? כן לא

מספר הריונות:

מספר לידות חי:

האם הנך בהיריון או
מיניקה כרגע? כן לא

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

□ לא □ כן האם עברת ניתוח קיסרי,
כריתת רחם או גרידה?

□ לא □ כן האם חווית דלקות בדרכי
השתן או בכליות בשנה
האחרונה?

□ לא □ כן האם יש לך דם בשתן?

□ לא □ כן האם הנך מזיעה במהלך
הלילה?

□ לא □ כן האם יש כאבים, נפיחות או
תסמינים מיוחדים במהלך
הווסת?

□ לא □ כן האם יש רגישות או גושים
בשדיים, או הפרשות
מהפטמה?

מה תאריך הבדיקה
הרקטלית האחרונה?

גברים

בלבד

□ לא □ כן האם הנך נוטה לקום
להשתין במהלך הלילה?

Clever Medicine

It's Healthy to be Clever

אם כן, כמה פעמים?

האם יש לך צריבה בעת מתן שתן? כן לא

האם יש דם בשתן? כן לא

האם יש הפרשות מהפין? כן לא

האם אתה מרגיש שזרם השתן חלש מאשר בעבר? כן לא

האם היו זיהומים בשלפוחית, בכליות או בערמונית בשנה האחרונה? כן לא

האם יש קושי בהתרוקנות מלאה בעת מתן שתן? כן לא

האם יש קושי להגיע לזקפה, לשמור עליה או להגיע לשפיכה? כן לא

האם יש כאבים או נפיחות באשך/ים? כן לא



תאריך בדיקת ערמונית

אחרונה:

בעיות נוספות:

נא לסמן אם חווית תסמינים באחד התחומים הבאים:

עור ראש / אוזניים אף גרון
צוואר

ריאות לב / גב מעיים שלפוחית
חזה שתן

כלי דם שינויים שינויים שינויים תחומים
במשקל ברמות נוספים
בחודשים האנרגיה
האחרונים

אנא פרט/י: