



היסטוריה רפואית ..... המשך

<p>מערכת לב וכלי דם</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> כאבים בחזה</li> <li><input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה</li> <li><input type="checkbox"/> לחץ דם נמוך</li> <li><input type="checkbox"/> התקף לב בעבר</li> <li><input type="checkbox"/> דופק מהיר</li> <li><input type="checkbox"/> דופק לא סדיר</li> <li><input type="checkbox"/> נפיחות קרסוליים</li> </ul> <p>מערכת עיכול</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> שיהוקים, גזים או תחושת נפיחות לאחר ארוחה</li> <li><input type="checkbox"/> עצירות</li> <li><input type="checkbox"/> שלשולים</li> <li><input type="checkbox"/> כאבי בטן</li> <li><input type="checkbox"/> רעב מוגבר</li> <li><input type="checkbox"/> טחורים</li> <li><input type="checkbox"/> בחילות</li> <li><input type="checkbox"/> תיאבון ירוד</li> <li><input type="checkbox"/> הקאות</li> </ul> <p>גברים בלבד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> בעיות זקפה</li> <li><input type="checkbox"/> גרד באשכים</li> <li><input type="checkbox"/> פרוסטטה</li> </ul> <p>נשים בלבד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> נשירת שיער</li> <li><input type="checkbox"/> דימום בין הווסתות</li> <li><input type="checkbox"/> קרישי דם בוסת</li> <li><input type="checkbox"/> הפרשות וגינליות</li> <li><input type="checkbox"/> דם רב בוסת</li> <li><input type="checkbox"/> דם מועט בוסת</li> <li><input type="checkbox"/> כאבי וסת חזקים</li> <li><input type="checkbox"/> מחזור לא סדיר</li> <li><input type="checkbox"/> תופעות גיל המעבר (אי-שקט, הזעות, גלי חום, יובש...)</li> <li><input type="checkbox"/> תסמונת קדם-וסתית PMS</li> <li><input type="checkbox"/> הפלה בעבר</li> <li><input type="checkbox"/> שחלות פוליציסטיות</li> </ul> <p>האם יתכן שאת בהריון? _____</p> <p>האם הנך מעשנת? _____</p>	<p>צייני/ סימפטומים שיש לך או היו לך באופן בולט בשנה האחרונה:</p> <p>שרירים/מפרקים/עצמות:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> רעד</li> <li><input type="checkbox"/> התכווצויות</li> <li><input type="checkbox"/> מפרקים נפוחים</li> </ul> <p>כאבים, חולשה, נימול ב:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> זרועות או ירכיים</li> <li><input type="checkbox"/> רגליים</li> <li><input type="checkbox"/> ידיים</li> <li><input type="checkbox"/> צוואר</li> <li><input type="checkbox"/> כתפיים</li> <li><input type="checkbox"/> שכמות</li> <li><input type="checkbox"/> גב תחתון</li> <li><input type="checkbox"/> ברכיים</li> </ul> <p>עיניים/אוזניים/גרון/מערכת נשימה</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> אסטמה/צפצופי נשימה</li> <li><input type="checkbox"/> קוצר ראייה/טשטוש ראייה</li> <li><input type="checkbox"/> קשיי נשימה</li> <li><input type="checkbox"/> כאבי אוזניים</li> <li><input type="checkbox"/> נחירות</li> <li><input type="checkbox"/> כאבי עיניים</li> <li><input type="checkbox"/> התקררויות תכופות</li> <li><input type="checkbox"/> קדחת השחת</li> <li><input type="checkbox"/> צרידות</li> <li><input type="checkbox"/> בעיות חניכיים</li> <li><input type="checkbox"/> דימום מהאף</li> <li><input type="checkbox"/> ירידה בשמיעה</li> <li><input type="checkbox"/> שיעול כרוני</li> <li><input type="checkbox"/> צלצולים באוזניים</li> <li><input type="checkbox"/> בעיות בסינוסים</li> </ul> <p>עור</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> שטפי דם בעור</li> <li><input type="checkbox"/> יובש עור</li> <li><input type="checkbox"/> גרד</li> <li><input type="checkbox"/> פריחה</li> <li><input type="checkbox"/> עור רגיש</li> <li><input type="checkbox"/> הזעת יתר</li> <li><input type="checkbox"/> ציפורניים יבשות</li> <li><input type="checkbox"/> ציפורניים שבירות</li> </ul> <p>מערכת שתן/רבייה</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> דם בשתן</li> <li><input type="checkbox"/> שתן תכוף</li> <li><input type="checkbox"/> בריחת שתן</li> <li><input type="checkbox"/> אבנים/זיהום בכליות</li> <li><input type="checkbox"/> חשק מיני ירוד</li> </ul>
---	---

חתימה

הנני נותנת/את הסכמתי לקבל טיפול בדיקור סיני. אני מאשרת/ת כי אני מודעת/שטיפול זה אינו מהווה תחליף לכל טיפול רפואי קונבנציונלי ו/או התייעצות ברופא קונבנציונלי, וכי אין בכוונתי להפסיק טיפול תרופתי או טיפול רפואי אחר ללא התייעצות עם רופא. כמו-כן, אני מבינה/ה כי אין ערובות לריפוי או לשיפור במצבי.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם וחתימה: \_\_\_\_\_