

תאריך:



HILA BURSHTAIN

נטורופתיה ודיקור קוסמטי

## שאלון בתזונה ובאורח חיים

שם: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_

תעסוקה: \_\_\_\_\_

איך הגעת אלי? \_\_\_\_\_

## היסטוריה רפואית

תסמונות: אנא סמני את התסמונות מהם את/ה סובל/ת היום או סבלת בעבר ופרט זמן התחלה, משך הופעת הסימפטום; תדירות ועוצמה.

<input type="checkbox"/> אלכוהליזם	<input type="checkbox"/> אנורקסיה
<input type="checkbox"/> בולימיה	<input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה
<input type="checkbox"/> לחץ דם נמוך	<input type="checkbox"/> בעיות בבלוטת התריס
<input type="checkbox"/> דלקת בפרוסטטה	<input type="checkbox"/> סוכרת
<input type="checkbox"/> אמפיזמה	<input type="checkbox"/> אפילפסיה
<input checked="" type="checkbox"/> בעיות בכיס המרה	<input type="checkbox"/> הפטיטיס (A,B,C)
<input checked="" type="checkbox"/> דלקת פרקים	<input type="checkbox"/> כולסטרול גבוה
<input checked="" type="checkbox"/> מחלת כבד	<input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס
<input type="checkbox"/> לופוס	<input type="checkbox"/> אלרגיות
<input type="checkbox"/> מיגרנות	<input type="checkbox"/> מחלת הנשיקה
<input type="checkbox"/> טרשת נפוצה	<input type="checkbox"/> קוצב לב
<input type="checkbox"/> סרטן	<input type="checkbox"/> צהבת
<input type="checkbox"/> איידס	<input type="checkbox"/> אנמיה
<input type="checkbox"/> פוליו	<input type="checkbox"/> גויטר

מחלות משפחה:

☐ סוכרת ☐ יתר לחץ דם ☐ השמנה ☐ סרטן ☐ לב ☐ אחר

---



---



---



---

---



---



---

סימפטומים: אנא ציין/ני את הסימפטומים מהם את/ה סובל/ת היום או סבלת בעבר. נא לפרט תדירות; מועד הופעת הסימפטום ועוצמה.

כללי	בעיות עור
<input type="checkbox"/> עייפות	<input type="checkbox"/> פריחות
<input type="checkbox"/> קשיי שינה	<input type="checkbox"/> עור יבש
<input type="checkbox"/> צמא	<input type="checkbox"/> גירודים
<input type="checkbox"/> הזעה מרובה	ראש וצוואר
<input type="checkbox"/> בלוטות נפוחות	<input type="checkbox"/> כאבי ראש תכופים-בערך פעם בשבוע כשנכנס ללחץ.
<input type="checkbox"/> בצקות	<input type="checkbox"/> צוואר תפוס
<input type="checkbox"/> שינוי משקל	<input type="checkbox"/> כאב בלסת
אף אוזן גרון	לב וריאות
<input type="checkbox"/> דימום מהאף	<input type="checkbox"/> כאבים או לחץ בחזה
<input type="checkbox"/> הפרשות מהאף	<input type="checkbox"/> דפיקות לב
<input type="checkbox"/> הפרעות בהרחה	<input type="checkbox"/> דופק לא סדיר
<input type="checkbox"/> כאב גרון	<input type="checkbox"/> שיעול
<input type="checkbox"/> צרידות	<input type="checkbox"/> שיעול עם דם
<input type="checkbox"/> קושי בבליעה	<input type="checkbox"/> ליחה
<input type="checkbox"/> יובש בגרון	<input type="checkbox"/> קוצר נשימה
<input type="checkbox"/> יובש בפה	<input type="checkbox"/> אסטמה
<input type="checkbox"/> שינויים בטעם	<input type="checkbox"/> ברונכיטיס
<input type="checkbox"/> כאבי שיניים	נפש ורגש-כל הבעיות הרגשיות נובעות מהחרדה של בני עקב גילו.
<input type="checkbox"/> כאבי חניכיים	<input type="checkbox"/> קשיים בריכוז
<input type="checkbox"/> נסיגת חניכיים	<input type="checkbox"/> זיכרון חלש
<input type="checkbox"/> דימום מהחניכיים	<input type="checkbox"/> חרדות
עיניים ואוזניים	<input type="checkbox"/> דיכאון
<input type="checkbox"/> הידרדרות בראיה-	<input type="checkbox"/> כעס רב
<input type="checkbox"/> עיוורון לילה	<input type="checkbox"/> פחדים
<input type="checkbox"/> כאב ונפיחות בעיניים	<input type="checkbox"/> מתח
<input type="checkbox"/> ראיה מעורפלת	
<input type="checkbox"/> כתמים בראיה	
<input type="checkbox"/> יובש בעיניים	
<input type="checkbox"/> צלצולים באוזניים	

- ☐ כאבי אוזניים
- ☐ נוזלים באוזניים
- ☐ הפרשות באוזניים
- ☐ ירידת שמיעה

### שרירים ומפרקים כאב, חולשה, נימול ב:

- ☐ גב
- ☐ זרועות
- ☐ רגליים
- ☐ כפות רגליים
- ☐ כפות ידיים
- ☐ אגן
- ☐ צוואר
- ☐ כתפיים
- ☐ התכווצויות שרירים
- ☐ מפרקים נפוחים
- ☐ שברים
- ☐ נקעים חוזרים
- ☐ נטייה לחבורות

### מערכת השתן

- ☐ כאבים במתן שתן
- ☐ קשיים במתן שתן
- ☐ שתן תכוף
- ☐ חוסר יכולת להתאפק
- ☐ הרטבת לילה
- ☐ דם בשתן

### מערכת העצבים

- ☐ סחרחורות
- ☐ התעלפויות
- ☐ שיתוק
- ☐ רעד
- ☐ חוסר שיווי משקל
- ☐ עוויתות

### מערכת עיכול

- ☐ בחילות
- ☐ הקאות
- ☐ שלשולים-
- ☐ עצירות
- ☐ דם בצואה
- ☐ צואה שחורה
- ☐ כאבי בטן
- ☐ חוסר תיאבון-
- ☐ רעב מוגבר
- ☐ נפיחות וגזים
- ☐ גיהוקים
- ☐ צרבות
- ☐ טחורים

### גברים

- ☐ אימפוטנציה
- ☐ כאבים באשכים
- ☐ שפיכה מוקדמת
- ☐ קרי לילה

### נשים

- ☐ מחזור לא סדיר
- ☐ כאבי מחזור
- ☐ משטח וגינאלי לא תקין
- ☐ הפרשות מהנרתיק
- ☐ גירודים בנרתיק
- ☐ כאבים בחזה
- ☐ הפרשות מהחזה

## הרגלי אכילה ושתייה

1.	האם שעות האכילה הן קבועות ? כן / לא
2.	כמה כפיות סוכר הינך צורך/ת ביום?
3.	איזה סוג לחם הינך צורך/ת ביום?
	כמה פרוסות ליום ?
4.	כמה פעמים בשבוע הינך צורך/ת דברי מתיקה?
5.	כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת אוכל מטוגן?
6.	כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת בשר אדום?
7.	כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת עוף, דגים וביצים?
8.	האם הנך צמחוני ? כן/לא
	ממתי ולמה ?
9.	כמה כוסות קפה הינך שותה ביום?
10.	כמה כוסות אלכוהול הינך שותה ביום?
11.	האם הינך שותה משקאות "דיאט" ?
12.	האם הינך משתמש/ת במטהר מים כלשהו?
13.	האם הינך קורא/ת את רשימת הרכיבים בתוויות של מוצרי המזון?
14.	מזונות מעודפים, טעם מועדף ?
	מזונות בלתי מעודפים, טעם בלתי מועדף ?
15.	כמיהה למתוק / פחמימות ? כן / לא
	באיזה שעות ?
16.	האם את/ה יכול/ה לתאר מה זה אוכל עבורך?

## הרגלי טיפוח הפנים

האם היית בטיפול פנים בעבר? אם כן אנא פרטי

---

---

---

כמה פעמים ביום הינך שוטפת פנים ועם איזה תכשירים? (סבון פנים / מי פנים / חלב פנים) פרטי סוג וחברה.

---

---

---

האם את משתמשת בפילינג ו / או במסכה לעור הפנים? אם כן אנא פרטי.

---

---

---

האם את משתמשת בקרם לחות / קרם יום / קרם לילה / סרום / אחר? אם כן אנא פרטי סוג, חברה ומטרת השימוש.

---

---

---

ידוע לך על רגישויות בעור לחומר מסוים? אם כן אנא פרטי.

---

---

---

---