תאריך: 

**שאלון בתזונה ובאורח חיים**

שם :

כתובת :

טלפון :

תאריך לידה:

תעסוקה :

איך הגעת אלי?

**היסטוריה רפואית**

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

|  |  |
| --- | --- |
| * אלכוהליזם | * אנורקסיה |
| * בולימיה | * לחץ דם גבוה |
| * לחץ דם נמוך | * בעיות בבלוטת התריס |
| * דלקת בפרוסטטה | * סוכרת |
| * אמפיזמה | * אפילפסיה |
| * בעיות בכיס המרה | * הפטיטיס (A,B,C) |
| * דלקת פרקים | * כולסטרול גבוה |
| * מחלת כבד | * אנדומטריוזיס |
| * לופוס | * אלרגיות |
| * מיגרנות | * מחלת הנשיקה |
| * טרשת נפוצה | * קוצב לב |
| * סרטן | * צהבת |
| * איידס | * אנמיה |
| * פוליו | * גויטר |

**מחלות משפחה:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עשית דיאטה בעבר ? פרט/י:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
|  | האם שעות האכילה הן קבועות ? כן / לא |
|  | כמה כפיות סוכר הינך צורך/ת ביום? |
|  | איזה סוג לחם הינך צורך/ת ביום? |
| כמה פרוסות ליום ? |
|  | כמה פעמים בשבוע הינך צורך/ת דברי מתיקה? |
|  | כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת אוכל מטוגן? |
|  | כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת בשר אדום? |
|  | כמה פעמים בשבוע הינך אוכל/ת עוף, דגים וביצים? |
|  | האם הנך צמחוני ? כן/לא |
| ממתי ולמה ? |
|  | כמה כוסות קפה הינך שותה ביום? |
|  | כמה כוסות אלכוהול הינך שותה ביום? |
|  | האם הינך שותה משקאות "דיאט" ? |
|  | האם הינך משתמש/ת במטהר מים כלשהו? |
|  | האם הינך קורא/ת את רשימת הרכיבים בתוויות של מוצרי המזון? |
|  | מזונות מעודפים, טעם מועדף ? |
| מזונות בלתי מעודפים, טעם בלתי מועדף ? |
|  | כמיהה למתוק / פחמימות ? כן / לא |
| באיזה שעות ? |
|  | 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.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**