

שאלון בירור רפואי ראשוני לנקל"ט/ת ב

שם פרטי: _____, שם משפחה: _____, מין: _____.
ת.ז: _____, תאריך מילוי השאלון: _____.

מטרת השאלון –

- בירור המצב הרפואי והיסטוריה רפואית.
- הכנסת ההיבט הבריאותי לתכנית הטיפול.
- זיהוי הרגלים שעלולים לפגוע בבריאות.

השאלון הוא לא חובה, במידה ואתה מרגיש שאין בידך את המידע לענות על שאלה מסוימת או שאינך רוצה לשתף את התשובה אתה רשאי לא לענות על כל השאלות.

שאלון בירור רפואי:

1. באיזו קופת חולים את/ה חבר/ה בה? _____
2. רופא משפחה קבוע ובאיזה סניף? _____
3. האם יש בידך כרטיס מגנטי של קופת החולים? כן/לא
4. האם משתמש באפליקציה של קופת החולים? כן/לא
5. מתי הייתה פעם אחרונה אצל רופא משפחה? _____
6. איך היית מגדיר את המצב הרפואי שלך? _____
7. האם אתה סובל מבעיות רפואיות כלשהן? _____
8. האם אתה סובל מאלרגיות כלשהן? _____
9. האם אתה נמנע ממנהגים מסוימים עקב מחלה? או מוגבל בביצוע פעולה מסוימת? _____
10. האם היית במיון/טרם? מתי? _____
11. האם אושפדת בבית חולים ב 5 שנים האחרונות? _____
12. האם אתה עובר טיפולים הקשורים במחלה או פגיעה? _____
13. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? במידה וכן אילו תרופות והאם יש לך מרשם איתך? _____
14. ביצעת חיסונים לאחרונה, אם כן איזה? _____
15. האם משהו כואב לך או מפריע לך כעת? _____
16. האם יש לך אפטרופוס רפואי? _____
17. האם היית פעם מטופל אצל פסיכולוג או פסיכיאטר? _____
18. משקל: _____
19. גובה: _____
20. האם סובל מכאבי שיניים? כן/לא
21. מתי בפעם האחרונה היית אצל רופא שיניים? _____
22. מתי עשה ניקוי שיניים אצל שיננית? _____
23. האם יש משקפיים/עדשות? _____
24. מתי פעם אחרונה עשית בדיקת עיניים? _____
25. האם אובחנה מחלה כרונית? _____
26. האם ידוע על משהו מבני המשפחה שחולה בסוכרת/סרטן/מחלות לב/ אחר? _____

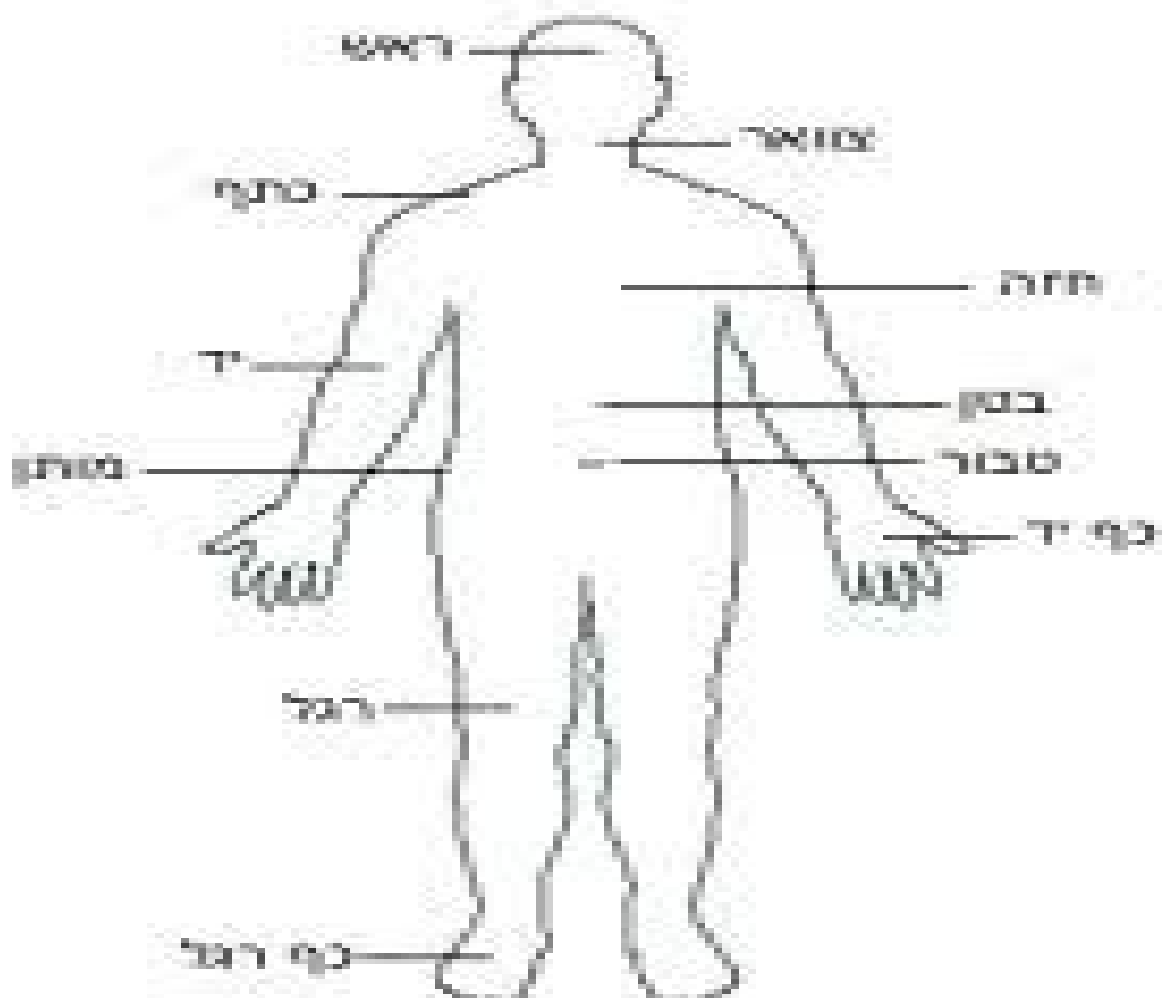
27. הרגלים:

האם אתה מעשן? _____
 שמירה על היגיינה (ניקיון)? _____
 פעילות גופנית: _____
 שינה: _____
 אכילה מסודרת: _____
 שימוש באלכוהול / סמים? _____

28. נשים:

האם יש בדרך כלל מחזור סדיר? _____
 מתי פעם אחרונה שקיבלת מחזור? _____

סמן בעיגול את האזור שיש לך כאבים והיית רוצה לבדוק אצל רופא –



הערות או דברים נוספים:
