

ضمن عرض خوشامدگویی و تبریک برای انتخابتان به منظور **بازگرداندن سلامتی**، تمام تلاش ما این است تا بتوانیم تجربه سلامتی را به شما بازگردانیم.

به همین منظور، توجه داشته باشید که ما برای تجویز مناسب، به اطلاعات کامل در مورد شما نیاز داریم و سوالهای بسیاری خواهیم پرسید. هر یک از این پرسش‌ها برای ما معنا و اهمیت ویژه‌ای دارد. حتی زمانی که بر این باورید برخی از موضوعات مطرح شده هیچ ارتباطی با مشکل شما ندارد، ممکن است آن موضوع، مهم‌ترین عامل در تصمیم‌گیری ما باشد. به همین دلیل نیاز است تا آزادانه، صریح و صادقانه اطلاعات کامل را در هر مورد ارائه دهید.

هر بیماری و اختلالی چه جسمانی چه روحی و روانی در صورت مراجعه در زمان مناسب، با این روش قابل مداواست. **بنابر این تمامی آن‌ها را ذکر کنید.** چرا که گاهی ممکن است به علت شدت زیاد یکی از بیماری‌ها مشکلات دیگر را فراموش کرده یا از ذکر آن‌ها خودداری کنید.

لطفاً هر سوال را به دقت بخوانید، فکر کنید، و در صورت لزوم، با افراد نزدیک به خود مشورت کنید و پاسخ کامل را ارائه دهید. هیچ چیز را از قلم نیندازید. به یاد داشته باشید هر آنچه که شما به ما می‌گویید کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. و همچنین از پاسخ به سوالات با کلمات خوب و بد پرهیز کرده و با جزئیات توضیح دهید.

۱- علت مراجعه خود را با جزئیات خواسته شده شرح دهید.

در خصوص هر کدام توضیح دهید:

- علت بروز آن چه بوده؟

- با چه علائمی همراه است؟

- در چه شرایطی بدتر می شود؟

-در چه شرایطی بهتر می‌شود؟

*مکان دقیق بروز آن: (در کدام قسمت از بدنتان؟)

توضیحات بیشتر:

- آیا از حافظه تان رضایت دارید؟ توضیح دهید.

- آیا از سطح انرژی تان رضایت دارید؟ توضیح دهید.

چه طعمی را بیشتر دوست دارید؟ غذای آبکی یا جامد را ترجیح می دهید؟

- در طول روز چه مقدار آب می نوشید؟: (چند لیوان)

- معمولاً ترجیح می دهید آب را با چه دمای بنوشید؟

گرم و ملایم (آب شیر) خنک (آب یخچال) سرد (همراه یخ)

- آیا در زمان مشخصی تشنه می شوید؟

چقدر عرق می کنید؟ کم زیاد اصلاً

- چه بخشی از بدنتان بیشتر عرق می کند؟

- عرقتان چگونه است؟ به عنوان مثال: گرم، سرد، مرطوب، چسبنده، کثیف، چرب، بوی تند، بوی ترش و ...

- آیا لکه‌ی آن روی لباس به جا می ماند؟ و یا آن را می پوساند؟ چه رنگ است؟

کدام را ترجیح می دهید؟

سرما / گرما
 تنهایی / شلوغی
 صبح / غروب / شب
 دراز کشیدن / نشستن / ایستادن
 فضای باز / فضای بسته
 جای کم نور / جای پر نور و روشن

۲- این بخش مهم است. با عجله از آن نگذرید و قبل از نوشتن فکر کنید و اثر هر یک از این عوامل را بر روی خود بنویسید. (توجه داشته باشید دوست داشتن یا نداشتن جواب مورد نظر ما نیست، اثر آن را بر روی خود توصیف کنید).

اثر	اثر	اثر
	هوای ابری	حرکت
	تغییر فصل	استراحت(زمان بیماری)
	طوفان و رعد و برق	لمس کردن
	آفتاب	فشار
	سر و صدا	ماساژ
	موسیقی	لباس تنگ
	بوی تند	رطوبت
	قبل از قاعدگی	پس از عرق کردن
	در طول قاعدگی	آب و هوای گرم
	پس از قاعدگی	آب و هوای سرد
	پس از مقاربت جنسی	هوای بارانی
	تسلی / همدردی	نزدیک دریا
	حمام کردن	گوش دادن به دیگران
	نسیم خنک	صحبت
	فعالیت بدنی	خیس شدن پا

۳- دور هر کدام را که دوست دارید دایره و روی هر کدام را که اصلا دوست ندارید ضربدر بزنید.

مزه تلخ - تخم مرغ - مزه شور - غذای تند - مزه شیرین - گوشت - مزه ترش - ماهی - نان - کلم - کره

- پیاز - چربی - غذای گرم - شیر - غذای سرد - قهوه - نوشیدنی گرم - خاک - گچ - نوشیدنی سرد -

چای - لیمو ترش - مرغ - میوه - سرکه - سوپ و آش - غذای چرب - لواشک

-عادات: (لطفا در صورت داشتن هر یک از عادات زیر، آن را علامت بزنید).

-الکل

-سیگار کشیدن

-مسکن ها

-قرص خواب

-چای

-مواد مخدر(نوع آن را ذکر کنید)

سایر موارد؟

۴-چند بار در هفته رابطه جنسی دارید؟

-آیا از میزان میل جنسی خود راضی هستید؟

-معمولا شروع کننده رابطه جنسی شما هستید یا طرف مقابل؟

-آیا به مرحله ارگاسم (لذت جنسی) می رسید؟

-هر احساس یا علامت خاصی که قبل، در طی و یا بعد از مقاربت جنسی در شما ایجاد می شود را بنویسید.

-عاداتی مانند (خودارضایی و ...)، در گذشته یا در حال حاضر دارید؟ هرچند وقت یکبار؟

-تمایلی به همجنس گرایی دارید؟

-قاعدگی: وضعیت قاعدگی چگونه است: منظم یا نامنظم؟

-در چه سنی پرئود شدید؟

-حال شما زمان پرئود چطور است؟ با دقت تغییرات خلقی و درد خود را توضیح دهید.

قبل از پرئود:

حین پرئود:

بعد از پرئود:

-ترشحات مهبل (واژن) شما چطور است؟(رنگ، مقدار، بو، قوام و ...)

-آیا زایمان داشته اید، چند بار؟ در چه سنی؟ طبیعی یا سزارین؟

-آیا مشکلی در مراحل بارداری و زایمان، داشته اید؟ لطفا توضیح دهید.

آیا هر گونه سقط جنین یا مرده‌زایی داشته‌اید؟

۵- شب ها چگونه می خوابید؟

- به سرعت دیر راحتی به سختی
 عمیق سطحی خواب می بینم

-در طول شب چند بار از خواب بلند می شوید؟ و آیا بعد از آن خوابتان می برد؟

-معمولا هنگام خواب چه وضعیتی به خود می گیرید و به کدام سمت می خوابید؟

-آیا خواب می بینید؟ معمولا چه خواب هایی تکرار می شود و چه حسی دارید؟

در هنگام خواب کدام یک از موارد زیر را دارید؟

اینجا را تیک بزنید		اینجا را تیک بزنید	
	خروپف		صحبت کردن
	دندان قروچه		نالہ کردن
	ترشح بزاق		اشک ریختن
	عرق		بی قرار شدن
	بازنگه داشتن چشم		از خواب پریدن
	باز نگه داشتن دهان		ناگهانی از خواب بیدار شدن
	راه رفتن		

۶- بیماری‌هایی که تا کنون بدان‌ها مبتلا بوده‌اید یا هستید را علامت بزنید.

<p>۴) بیماری‌های پوست و ناخن مانند: جوش، زگیل، میخچه، کورک، پوسته ریزی، عفونت قارچی، گال، اگزما، کهپیر، تبخال، آفت زخم در هر قسمت از بدن، شوره سر شکنندگی، پوسته پوسته شدن، ..</p>	<p>۳) سردرد مزمن، فلج، هر گونه احساس بی حسی، گزگز و مور مور شدن، گرفتگی عضلات، غش، تشنج، فلج اطفال، مننژیت سابقه نمونه گیری از مایع نخاعی</p>	<p>۲) حادثه شدید صدمه به بدن یا سر بیهوشی یا کما سابقه خونریزی از هر بخشی از بدن.</p>	<p>۱- عمل جراحی مانند: جراحی لوزه‌ها، شکم، آپاندیس، فتق، رحم، سنگ کلیه، سنگ کیسه صفرا، هیدروسل، آب‌مروارید و غیره نوع بیهوشی: عمومی - موضعی</p>
<p>۸) بیماری قلبی فشارخون</p>	<p>۷) بیماری‌های کلیه مشکلات ادراری مشکل پروستات سنگ کلیه</p>	<p>۶) روماتیسم مفاصل کمردرد پوکی استخوان نرمی استخوان</p>	<p>۵) سوء تغذیه دیابت</p>
<p>۱۲) بیماری‌های مقاربتی مانند سیفلیس، سوزاک، زگیل، تب خال تناسلی، ایدز و غیره</p>	<p>۱۱) سقط جنین بیماری در طول بارداری و غیره افتادگی رحم یا مثانه عفونت واژن، رحم، مثانه</p>	<p>۱۰) سرماخوردگی‌های مکرر، دیفتری، لوزه‌های عفونی، لوزه سوم، سینوزیت، برونشیت تب بالا و لرز. ذات الریه آسم، سل، آلرژی.</p>	<p>۹) زردی بیماری کبدی سنگ کیسه صفرا طحال</p>
<p>۱۶) اختلالات دهان و حس چشایی: التهاب لثه، آفت، لب‌های ترک خورده، کنده شدن خود به خودی پوست لب‌ها، پوسیدگی دندان</p>	<p>۱۵) شوک شدید، غم و اندوه، ناامیدی، ترس ناراحتی‌های روانی افسردگی اختلال عصبی .</p>	<p>۱۴) سرخک سرخجه آبله مرغان اوریون سیاه سرفه مالاریا</p>	<p>۱۳) تیفوئید، وبا مسمومیت غذایی انگل، اسهال، اسهال خونی</p>
<p>۲۰) اختلالات بینی و بویایی</p>	<p>۱۹) هر گونه اختلال تنفسی</p>	<p>۱۸) اختلالات گوش و شنوایی</p>	<p>۱۷) اختلالات چشم و بینایی: گل مژه، آب مروارید، آب سیاه و ...</p>
	<p>۲۳) تیروئید: کم کاری، پرکاری، گره و ...</p>	<p>۲۲) اندام‌ها: درد، خشکی، گرفتگی، شلی، فلجی، بی حسی، خواب رفتن</p>	<p>۲۱) دفع: یبوست، اسهال، احساس فشار و درد موقع دفع، دفع ناقص و ...</p>

۷- لطفا بیماری هایی که در بالا علامت زده اید طبق جدول زیر توضیح دهید:

نام بیماری	سن ابتلا	مدت ابتلا	وضعیت فعلی بیماری	داروها و روش های درمانی مورد استفاده

۸- درباره تولدتان :

- آیا مادر شما در دوران بارداری مشکلی داشت؟

- لطفا در صورتی که مادر دچار استرس جسمی یا عاطفی در دوران بارداری بوده است، با جزئیات کامل آن را شرح دهید.

- آیا او در دوران بارداری دارو مصرف می کرد؟ چه داروهایی؟

- آیا تولدتان با مشکل انجام شد؟ جزئیات آن را ارائه دهید.

۹- سابقه هر نوع حیوان گزیدگی مانند سگ، مار، موش،... را ذکر کرده و در صورت استفاده از اقدام درمانی مثل داروی ضد هاری و یا واکسن آن را، توضیح دهید:

۱۰- آیا واکنش و یا مشکل خاصی پس از واکسن داشته‌اید؟ بطور کامل توضیح دهید:

۱۱- لطفا در صورت وجود هر یک از موارد زیر در دوران کودکی، آن را تیک بزنید:

اینجا را تیک بزنید		اینجا را تیک بزنید	
	ترس غیر معمول		لجاجت
	کمرویی		بداخلاقی
	دروغ گفتن		نافرمانی
	سرقت		تجاوز (فاعل/مفعول)
	ناخن جویدن		بیشفعالی
	مکیدن انگشت شصت		تخریب
	کندی حافظه		شجاعت
	تنبلی/راحت طلبی		انحصارطلبی
	فخر فروشی		مسابقه
	حساس/زودرنج		روحیه برنده شدن
	مهارتی خاص		حسادت به خواهر/ برادر

۱۲- (در صورت تأهل) وضعیت سلامت همسر تان چگونه است:

۱۳- سن فرزندان تان و وضعیت سلامتی شان:

۱۴- تعداد فرزندان (زنده و مرده) در صورت وجود فرزندان مرده، علت را ذکر کنید.