

پرسشنامه عضویت بانوان

بایاداو

با سلام

ضمن عرض خوشامدگویی و تبریک برای انتخابتان به منظور حفظ سلامتی، 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 ویژه ای دارد. حتی زمانی که بر این باورید برخی از موضوعات مطرح شده هیچ ارتباطی با مشکل شما ندارد، ممکن است آن موضوع، مهم ترین عامل در تصمیم گیری ما باشد. به همین دلیل نیاز است تا آزادانه، صریح و صادقانه اطلاعات کامل را در هر مورد ارائه دهید.

لطفا 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 می گوئید کاملا محرمانه باقی خواهد ماند. و همچنین از پاسخ به سوالات با کلمات خوب و بد پرهیز کرده و با جزئیات توضیح دهید.

۱- آیا از حافظه تان رضایت دارید؟ توضیح دهید.

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

۳- در سال چند بار مبتلا به سرماخوردگی می شوید؟

۴- معمولا علائم سرماخوردگی شما چیست؟

۵- از این قسمت با عجله نگذیرید 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، خوب یا بد، جواب مورد نظر ما نیست، اثر آن را بر روی خود توصیف کنید).

| اثر | | اثر | |
|-----|-------------------|-----|---------------------------------------|
| | هوای ابری | | حرکت کردن |
| | تغییر فصل | | استراحت هنگام بیماری |
| | طوفان و رعد و برق | | لمس شدن |
| | آفتاب | | تحت فشار جسمی قرار گرفتن ناحیه دردناک |
| | سر و صدا | | ماساژ گرفتن |
| | موسیقی | | لباس تنگ |
| | بوی ناخوشایند | | رطوبت |
| | تسلی / همدردی | | پس از عرق کردن |
| | حمام کردن | | آب و هوای گرم |
| | نسیم خنک | | آب و هوای سرد |
| | فعالیت ورزشی | | هوای بارانی |
| | صحبت کردن | | نزدیک دریا |
| | خیس شدن پا | | گوش دادن به دیگران |

۶- 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

۷- چند لیوان آب در طول شبانه روز می نوشید؟

-معمولا ترجیح می دهید آب را با چه دمایی بنوشید؟

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

-چگونه آب می نوشید؟

جرعه جرعه یکسره

-آیا در زمان و یا شرایط خاصی تشنه میشوید؟

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

ماهی - نان - کلم - کره - خامه - تخم مرغ - شیر - غذای سرد - غذای گرم - قهوه - نوشیدنی گرم - نوشیدنی سرد -
چای - لیمو ترش - گوشت قرمز - مرغ - ماهی - میوه - ترشیجات - سوپ و آش - غذای چرب و سرخ شده - لواشک -
پیاز - چربی - خاک - گچ - بستنی - شکلات - پنیر - کله پاچه - پفک - بستنی
- سایر چیزهایی که دوست دارید

- سایر چیزهایی که دوست ندارید

۹- کدام طمع را ترجیح می دهید؟

مزه تلخ مزه شور مزه شیرین مزه ترش

۱۰- کدام را ترجیح می دهید؟

غذای آبکی غذای جامد

۱۱- آیا هنگام غذا خوردن یا میوه خوردن به خوراکی خود نمک می زنید؟

بلی خیر

۱۲- چقدر عرق می کنید؟

کم زیاد اصلا

- کدام قسمت از بدنتان بیشتر عرق می کند؟

- عرقتان چطور 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 پوشانند؟ چه رنگ است؟

۱۳- شب‌ها چطور می خوابید؟

به سرعت دیر راحت به سختی عمیق سطحی

- 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 خواب‌هایی تکرار می شود و چه حسی دارید؟

- موقع خواب چقدر خودتان را می پوشانید و کدام قسمت بدنتان را؟

- در هنگام خواب کدام یک از موارد زیر را دارید؟

| اینجا را تیک بزنید | اینجا را تیک بزنید | 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 |
| | بازنگه داشتن دهان | | ناگهانی از خواب بیدار شدن |
| | راه رفتن | | |

۱۴- کدامیک از عادات شماست؟

- سیگار کشیدن مصرف الکل قرص خواب مسکن چای
- مواد مخدر (نوع آن را ذکر کنید)
- سایر موارد؟

(به دلیل بی تاثیر کردن و ایجاد اختلال در داروهای هومیوپاتی توسط مواد مخدر یا مشروبات الکلی، در صورت مصرف، حتما با هومیوپات خود مطرح کرده تا تمهیدات لازم در تجویز شما صورت گیرد.)

۱۵- در طول شبانه روز چه زمان هایی حال بهتری دارید؟

- صبح تا قبل ظهر ظهر به بعد شب چه ساعاتی :.....

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

-در چه سنی پیود شدید؟

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

قبل از پیود:

حین پیود:

بعد از پیود:

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

۱۸- 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 مرده زایی داشته اید؟

۱۹- چند بار در هفته رابطه جنسی دارید؟

- آیا از میزان میل جنسی خود راضی هستید؟

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

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

- آیا احساس یا علامت خاصی در موارد زیر، در شما ایجاد می شود؟

- قبل از مقاربت :

- حین مقاربت :

- بعد از مقاربت :

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

- تمایلی به همجنس گرایی دارید؟

۲۰- سابقه بیماری های خانوادگی و بستگان را علامت بزنید؟

| اینجا را تیک بزنید | | اینجا را تیک بزنید | | اینجا را تیک بزنید | |
|--------------------|-----------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| | سکته مغزی | | سرطان | | بیماری های قلبی |
| | دیابت | | بیماری های اعصاب و روان | | بیماری های گوارشی |
| | فشار خون | | بیماری های مادرزادی | | بیماری های کلیوی |

سایر موارد:

۲۱- تا به حال از چه نوع درمانی استفاده کرده اید؟

-هومیوپاتی / پزشکی رایج / طب سنتی / طب سوزنی / طب سوجوک / طب آیورودا
 ماساژ درمانی / کایروپراکتیک / چشمه آب گرم کوهستانی / انرژی درمانی / حجامت / ناتروپاتی و ...

۲۲- بیماری‌هایی که تا کنون بدان‌ها مبتلا بوده‌اید یا هستید را علامت بنویسید.

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>۴) بیماری‌های پوست و ناخن مانند: جوش، زگیل، میخچه، کورک، پوسته ریزی، عفونت قارچی، گال، اگزما، کهیر، 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 لوزه ها، شکم، آپاندیس، فتق، رحم، سنگ کلیه، سنگ کیسه صفرا، هیدروسل، آب مروارید و غیره نوع بیهوشی: عمومی - موضعی</p> |
| <p>۸) بیماری قلبی فشارخون آریتمی سکته قلبی</p> | <p>۷) بیماری‌های کلیه مشکلات ادراری 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، تبخال 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، تب بالا و لرز. ذات الریه سل، آلرژی.</p> | <p>۹) زردی بیماری کبدی سنگ کیسه صفرا طحال</p> |
| <p>۱۶) اختلالات گوش، آفت شنوایی، وزوز گوش، عفونت گوش</p> | <p>۱۵) اختلالات چشم و بینایی: گل مژه، آب مروارید، آب سیاه و ...</p> | <p>۱۴) اختلالات دهان و حس چشایی، اختلال بویایی، التهاب لثه، آفت، لب‌های ترک خورده، کنده شدن خود به خودی پوست لب‌ها، پوسیدگی دندان</p> | <p>۱۳) بیماری‌های عفونی تیفوئید، وبا مسمومیت غذایی انگل، اسهال، اسهال خونی، سرخک سرخچه، آبله مرغان اوریون، سیاه سرفه مالاریا</p> |
| <p>۲۰) تیروئید: کم کاری، پرکاری، گره و ...</p> | <p>۱۹) اندام‌ها: درد، خشکی، گرفتگی، شلی، فلجی، بی حسی، خواب رفتن</p> | <p>۱۸) دفع: یبوست، اسهال، احساس فشار و درد موقع دفع، دفع ناقص و ...</p> | <p>۱۷) هر گونه اختلال تنفسی، آسم، برونشیت</p> |
| | | | <p>۲۱) شوک شدید، غم و اندوه، ناامیدی، ترس ناراحتی‌های روانی افسردگی اختلال عصبی.</p> |

کد:

۲۳- 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 |
|------------|----------|-----------|-------------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 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 ایشان در دوران بارداری دارو مصرف می کرد؟ چه داروهایی؟

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

- در زمان نوزادی از شیر مادر شیر خشک استفاده می کردید؟

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

۲۵- 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:

کد:

۲۶- 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 | | بیش فعالی |
| | مکیدن انگشت شصت | | تخریب |
| | کندی حافظه | | شجاعت |
| | تنبلی/راحت طلبی | | انحصار طلبی |
| | فخر فروشی | | مسابقه |
| | حساس/زودرنج | | روحیه برنده شدن |
| | مهارتی خاص | | حسادت به خواهر/برادر |

هر کدام را که علامت زدید در خصوص آن بیشتر توضیح دهید

۱-

۲-

۳-

۴-

۲۷- آیا فعالیت هنری دارید؟ چه فعالیتی؟

۲۸- آیا سابقه فعالیت ورزشی داشتید؟ بلی خیر نوع ورزش:

سطح: حرفه ای مبتدی میانه

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

۳۰- سن فرزندان تان و وضعیت سلامتی شان:

قد:

وزن:

تاریخ تکمیل فرم: