

## پرسشنامه عضویت کودکان

### 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 پرسش ها 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 سولات با کلمات خوب و بد پرهیز کرده و با جزئیات توضیح دهید.

کد:

۱- وضعیت تمرکز تان چطور است؟ 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؟

کد:

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

اثر		اثر	
	هوای ابری		فعالیت بدنی
	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
	صحبت کردن		هوای بارانی
	خیس شدن پا		نزدیک دریا
			گوش دادن به دیگران

۶- کدام را ترجیح می دهید؟

سرمه / گرما	دراز کشیدن / نشستن / ایستادن
تنهایی / شلوغی	فضای باز / فضای بسته
صبح / غروب / شب	جای کم نور / جای پر نور و روشن
بازی های جمعی / بازی های انفرادی	بازی های رقابتی / برنده و بازنده / بازیهای دیگر /
بازیهای پرتحرک / بازیهای کم تحرک	

کد:

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

کد:

## 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 پوساند؟ 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	
	صحبت کردن		خروپف
	نالہ کردن		دندان قروچه
	اشک ریختن		ترشح بزاق
	بی قرار شدن		عرق
	از خواب پریدن		بازنگه داشتن چشم
	ناگهانی از خواب بیدار شدن		بازنگه داشتن دهان
	ترس از تنهایی هنگام خواب		راه رفتن
			ترس از تاریکی هنگام خواب

کد:

۱۴- لطفا هر کدام را که دوست دارید علامت بزنید.

۱- نقاشی  ۲- مطالعه

-سبک کتاب های مورد علاقه :

۱۵- بازی کامپیوتری  -سبک بازی های کامپیوتری مورد علاقه ؟ (جنگی / فکری / استرس زا و .....)

۱۶- تماشای کارتون  -سبک های کارتون مورد علاقه ؟

۱۷- ورزش  (توضیح دهید)

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

صبح  تا قبل ظهر  ظهر به بعد  شب  چه ساعتی :.....

۱۹- 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:

۲۰- 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 ...

۲۱- 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 لوزه‌ها، شکم، آپاندیس، فتق، سنگ کلیه، هیدروسل و غیره نوع بیهوشی: عمومی- موضعی</p>
<p>۸) بیماری قلبی آریتمی</p>	<p>۷) بیماری‌های کلیه مشکلات ادراری و عفونت سنگ کلیه</p>	<p>۶) روماتیسم مفاصل کمردرد نرمی استخوان</p>	<p>۵) سوء تغذیه دیابت اختلال رشد</p>
<p>۱۲) اختلالات دهان و حس چشایی، اختلال بویایی، التهاب لثه، آفت، لب‌های ترک خورده، کنده شدن خود به خودی پوست لب‌ها، پوسیدگی دندان</p>	<p>۱۱) بیماری‌های عفونی تیفوئید، وبا مسمومیت غذایی انگل، اسهال، اسهال خونی، سرخک، سرخچه، آبله مرغان اوریون، سیاه سرفه، مالاریا</p>	<p>۱۰) سرماخوردگی‌های مکرر، دیفتری، لوزه‌های عفونی، لوزه سوم، سینوزیت، تب بالا و لرز. ذات‌الریه سل، آلرژی.</p>	<p>۹) زردی بیماری کبدی طحال</p>
<p>۱۶) دفع: یبوست، اسهال، احساس فشار و درد موقع دفع، دفع ناقص و ...</p>	<p>۱۵) هر گونه اختلال تنفسی، آسم، برونشیت، خروسک</p>	<p>۱۴) اختلالات گوش، افت شنوایی، عفونت گوش</p>	<p>۱۳) اختلالات چشم و بینایی: گل‌مژه</p>
	<p>۱۹) شوک شدید، غم و اندوه، ناامیدی، ترس ناراحتی‌های روانی افسردگی اختلال عصبی.</p>	<p>۱۸) تیروئید: کم‌کاری، پرکاری، گره و ...</p>	<p>۱۷) اندام‌ها: درد، خشکی، گرفتگی، شلی، فلجی، بی‌حسی، خواب رفتن</p>

کد:

۲۲- 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 کرده اید.

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

۲۴- 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:

۲۵- 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
	کمروبی		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
	کابوس		بد خوابی

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

-۱

-۲

-۳

-۴

قد:

وزن:

تاریخ تکمیل فرم: