

**بایاداو****دستورالعمل نحوه پاسخ به پرسشنامه:**

با سلام

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

شما اینجا آمده اید تا حالتان بهتر شود. ما اینجا هستیم تا داروی مناسب را برای شما انتخاب کنیم. انجام این درمان به همکاری شما بستگی دارد، بنابراین سوالات این پرسشنامه شاید کمی شما را متعجب کند اما تجویز مناسب در هومیوپاتی بر اساس علائمی است که شما از شرایط روحی و جسمی تان به ما ارائه می دهید. در نتیجه ما باید نسبت به تمام جزئیات بیماری شما اطلاعات بدست آوریم.

به منظور کسب اطلاعات کامل در مورد شما، ما سوالات بسیاری خواهیم پرسید. هر یک از این پرسش ها برای ما یک معنا و اهمیت مشخص دارد. همه ی سوالات دارای معنی و فایده هستند. حتی زمانی که بر این باورید که 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 شما باید آزادانه، صریح و صادقانه اطلاعات کامل در هر مورد را ارائه دهید حتی ممکن است از شما سوال مشابهی را بارها بپرسیم.

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

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. همچنین توجه داشته باشید:

۱- لطفا از مداد برای نوشتن استفاده نکنید.

۲- از پاسخ به سوالات با کلمات خوب و بد پرهیز کرده و با جزئیات توضیح دهید.

۳- سوالی را بدون پاسخ نگذارید و همه سوالات را پاسخ دهید.

کد:

۱- لطفا بر اساس سوالات زیر هر یک از مشکلات و علت های مراجعه خود را جداگانه توضیح دهید.

(در صورت کم بودن جای کافی برای نوشتن، می توانید در این بخش برگه اضافه کنید)

علت بروز علایم چیست؟

- از چه زمانی شروع شده است؟
- چه علایمی همراه با آن وجود دارد؟
- در چه شرایطی بهتر یا بدتر می شود؟
- مکان دقیق بروز آن در کدام قسمت از بدنتان است؟

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

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

۴- 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 |

۵- 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؟

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

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

- سایر چیزهایی که دوست دارید .....

- سایر چیزهایی که اصلا دوست ندارید .....

۷- کدام طعم را ترجیح می دهید؟

مزه تلخ  مزه شور  مزه شیرین  مزه ترش

۸- کدام را ترجیح می دهید؟

غذای آبکی  غذای جامد

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

بلی  خیر

۱۰- در طول شبانه روز چه زمانی حال بهتری دارید؟

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

۱۱- 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؟

۱۲- 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؟

کد:

- آیا خواب می بینید؟ معمولا چه خواب هایی 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              |
|                    | نالاه کردن                |                    | دندان قروچه        |
|                    | اشک ریختن                 |                    | ترشح بزاق          |
|                    | بی قرار شدن               |                    | عرق                |
|                    | از خواب پریدن             |                    | بازنگه داشتن چشم   |
|                    | ناگهانی از خواب بیدار شدن |                    | باز نگه داشتن دهان |
|                    |                           |                    | راه رفتن           |

۱۳- کدام یک 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 درمان هومیوپاتی توسط مواد مخدر یا مشروبات الکلی، در صورت مصرف، حتما با هومیوپات خود مطرح کرده تا تمهیدات لازم در تجویز شما صورت گیرد.)

کد:

۱۴- 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                    |

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

-در چه سنی پریود شدید؟

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

قبل از پریود:

حین پریود:

بعد از پریود:

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

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

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

-آیا هر گونه سقط جنین یا مرده‌زایی داشته‌اید؟

۱۸- 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؟



کد:

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

هومئوپاتی / پزشکی رایج / طب سنتی / طب سوزنی / طب آیورودا / ماساژ درمانی  
کایروپراکتیک / چشمه های آب گرم کوهستانی / انرژی درمانی / حجامت / ناتروپاتی  
و ...

۲۰- آیا قبلاً تحت درمان هومئوپاتی بوده اید؟  بلی  خیر

چند سال پیش: تحت نظر کدام هومئوپات:

- علت مراجعه:

- علت قطع درمان:

۲۱- آیا در حال حاضر دارو مصرف میکنید؟ در صورت بله نام و مقدار مصرف را بنویسید.

۲۲- 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:

۲۳- 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، 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، رحم، سنگ کلیه، سنگ کیسه صفرا، هیدروسل، آب مروارید و غیره<br/>نوع بیهوشی: عمومی - موضعی</p> |
| <p>۸) بیماری قلبی فشارخون آریتمی سکت 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 سرخجه، 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:

۲۴- 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.

- مصرف شیر شما در زمان نوزادی چگونه بود؟ شیر مادر  شیر خشک

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

۲۶- 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:

۲۷- 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 شست |                    | 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

-۵

-۶

-۷

کد:

۲۸- آیا فعالیت هنری دارید؟ چه فعالیتی؟

۲۹- آیا سابقه فعالیت ورزشی داشتید؟  بلی  خیر  
نوع ورزش:  حرفه ای  مبتدی  میانه

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

۳۱- سن فرزندان تان و وضعیت سلامتی شان:

---

۳۲- قد شما: وزن شما:

تاریخ تکمیل فرم:

- توجه داشته باشید جلسات مراجعه بیماران، فیلمبرداری شده و بطور کاملا محرمانه باقی خواهد ماند.
- در کلیه جلسات شما در مطب، همراه با هومیوپات، همکار ایشان نیز حضور دارند.
- رعایت کامل رژیم های غذایی ضروری است. رژیم شما از سه روز قبل از شروع درمان تا تکمیل مداوا ادامه دارد و در صورت مصرف هر گونه از مواد ذکر شده شامل: قهوه، نسکافه، عرقیات گیاهی (مانند نعنا، بید مشک، گلاب ...)، همچنین سرکه، نعنا، سیرخام، زنجبیل، پودر کاری، اکالیپتوس، خمیر دندان نعنائی، انواع دمنوشهای گیاهی (چای سبز و ...)، اثر داروی شما از بین رفته و درمان متوقف می گردد.
- در طول درمان از محصولات با ویژگی ضد تعریق (دئودورانت)، ضدشوره، ضدپیری، ضدچروک، ضد ریزش مو و غیره خودداری کنید. استفاده از ضد آفتاب بلامانع است.
- جهت جلوگیری از تداخل و آسیب به روند درمان از مراجعه به هر سیستم درمانی دیگر از قبیل ماساژ، انرژی درمانی و ... ، همچنین شرکت در هر گونه کارگاه، کلاس و دوره بدون مشورت با هومیوپات خود، جدا خودداری کنید. توجه داشته باشید اقداماتی مانند لیزر، تتو و بوتاکس مانع پیشرفت درمانتان است. موارد رژیم شامل: استنشام بوی قهوه یا هرگونه بوهای بسیار تند، مصرف مواد مخدر، نشه آور، داروهای شیمیایی مانند مسکن، آنتی بیوتیک و کورتن می باشد.
- اما چنانچه به هر علتی موردی از موارد ذکر شده در بالا استفاده کردید، حتما در گزارش بعدی به هومیوپاتتان اطلاع دهید تا برای تجویزتان در نظر داشته باشد.
- لطفا در صورت نیاز به مصرف و یا تزریق هرگونه داروی بی حسی (حتی برای اقدامات دندانپزشکی)، مصرف آنتی بیوتیک، کورتون و یا ... قبل از مصرف، با هومیوپات خود مشورت کنید.
- در طی درمان در صورت بارداری و قبل از استفاده از هرگونه داروی هومیوپاتی و ادامه درمان، حتما به هومیوپات خود اطلاع دهید.
- چنانچه با مصرف یک داروی هومیوپاتی، از بیماری خاصی بهبود یافته اید؛ دوباره به طور سرخود از آن دارو، حتی برای درمان همان بیماری استفاده نکنید.
- لطفا توجه داشته باشید بدون مشورت با هومیوپاتتان، درمان هومیوپاتی را قطع نکنید چرا که این کار آسیب عمیق و جبران ناپذیری را می تواند به سلامتی شما وارد کند.

### ۳۳- لطفا تعهدنامه زیر را تکمیل نمایید.

#### شفا از اوست

اینجانب خانم/ آقای .....

با آشنایی و آگاهی از این روش درمانی (هومیوپاتی کلاسیک) موافقت خود را برای درمان اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء: