

سن:

وزن:

۱- انرژی و حافظه

۱- وضعیت انرژی شما چگونه است؟

- عالیست و خسته نمی شوم راضی هستم
 کمی کمتر از نیازم است توان پایینی دارم و نمیتوانم کارهایم را انجام دهم

۲- آیا از حافظه تان رضایت دارید؟ بلی خیر

اگر رضایت ندارید، توضیح دهید.

۲- فعالیت

۱- تعداد ساعات کاری شما در طول شبانه روز چقدر است؟

۲- تعداد ساعات استراحت شما در طول شبانه روز چقدر است؟

۳- آیا در طول دوره اخیر فعالیت ورزشی داشتید؟

چهار میزان؟ هفته ای ۳ جلسه و بیشتر منظم نامنظم گاهی ۴- آیا در طول دوره اخیر یادگیری داشته اید؟ بلی خیر چه مقدار؟ کم متناسب با نیازم ۳- وضعیت خواب۱- آیا از کیفیت خواب خود رضایت دارید؟ بلی خیر ۲- آیا سریع به خواب می روید؟ بلی خیر ۳- آیا خوابتان عمیق است؟ بلی خیر ۴- آیا یکسره می خوابید؟ بلی خیر 

۵- مدت زمان خواب شبانه شما چه مقدار است؟

۶- آیا بعد از بیدار شدن سر حال هستید و به راحتی از تخت بلند می شوید؟

بلی خیر

۷- آیا در طول روز نیز می خوابید؟ بلی خیر چه مقدار؟

۸- آیا در طول دوره اخیر کابوس دیده اید؟ بلی خیر چند بار؟

۴- وضعیت جسمی

۱- وضعیت ناخن هایتان چگونه است؟

سالم و محکم شکننده و ضعیف تکه های سفید دارد خط دار یا ناهموار

-وضعیت ناخنها نسبت به ، دوره اخیر: بهتر شده فرقی نکرده بدتر شده

۲- وضعیت پوستتان چگونه است؟

-میزان رطوبت پوستتان چقدر است؟ کم (خشک) متناسب چرب

-نسبت تغییر میزان رطوبت، در طول دوره اخیر: بهتر شده فرقی نکرده بدتر شده

-وضعیت موی سر شما چگونه است؟

مستحکم و سالم شکننده و نازک آسیب دیده موخوره شوره سر خارش سر

ریزش مو

۳- آیا میل شما به آب تغییری داشته؟ بلی خیر

شرح دهید.....

آیا اشتهای شما تغییری کرده است؟ چه تغییری؟



۴- آیا به خوردن ماده غذایی یا طعم و مزه خاصی تمایل پیدا کرده اید؟ بلی خیر

خوراکی که در گذشته دوست نداشتید و در حال حاضر دوست دارید یا خوراکی که

دوست داشتید و الان علاقه ندارید. شرح دهید:

۵- آیا تعریق شما (از نظر مقدار، محل تعریق، بو، ماندگاری، لک روی لباس و ...) تغییری داشته؟ بلی خیر

۶- تعداد و مدت سرماخوردگی در دوره اخیر را بنویسد.

-علائم سرماخوردگی شما:

آبریزش بینی آبریزش از چشم گلودرد تب سرفه خلط مقدار خلط: رنگ خلط:
عفونت ریه و سیستم تنفسی سردرد بدن درد و ؟.....

۷- بیماری هایی که در دوره اخیر به آن مبتلا شدید و مدت ابتلا به آن را شرح دهید:

-۱

-۲

-۳

-۴

۸- آیا بیماری که در گذشته به آن مبتلا بودید، بازگشته است؟ توضیح دهید.



۹- آیا از میل جنسی خود راضی هستید؟ بلی خیر

-چند بار در هفته رابطه جنسی دارید؟

آیا لذت جنسی را احساس می کنید؟ بلی خیر

۱۰- احساسات در مجموع نسبت به زندگی خود چه تفاوتی کرده است؟

۱۱- چه تغییراتی در روش زندگی شما اتفاق افتاده است؟

۱۲- آیا نسبت به ۶ ماه پیش متوجه تغییری نسبت به موقعیت های استرس زا در خود شده اید؟ شرح دهید.

۱۳- در مجموع در طول دوره اخیر چند درصد احساس بهبودی داشته اید؟

۱۴- اگر بخواهید احساس این روزهای خود را به زندگی توصیف کنید چه می گویند؟

۱۵- هم اکنون بزرگترین مشکل شما که نیازمند بهبود است، چیست؟

امضاء:

تاریخ تکمیل فرم:

