

قد:

وزن:

۱- انرژی و حافظه

۱- وضعیت انرژی شما چگونه است؟

عالیست و خسته نمی شوم  راضی هستم  بیشتر از میزان طبیعی است

کمی کمتر از نیازم است  توان پایینی دارم و نمیتوانم کارهایم را انجام دهم

۲- آیا از تمرکزتان رضایت دارید؟ بلی  خیر

اگر رضایت ندارید، توضیح دهید.

۲- فعالیت

۱- تعداد ساعات بازی و درس خواندن 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؟

چه 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 خواب

#### فرم پیگیری عضویت کودکان

- ۱- 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 چه مقدار است؟
- ۶- آیا بعد از بیدار شدن سرحال 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؟
- ۹- آیا تنها می خوابید؟  بلی  خیر
- ۱۰- آیا شبها می توانید در اتاق کاملا تاریک بخوابید؟  بلی  خیر

### 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



۳- وضعیت موی سر شما چگونه است؟

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

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

شرح دهید.....

۵- آیا اشتهای شما تغییری کرده است؟ در صورت بله توضیح دهید.

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

- خوراکی که در گذشته دوست نداشتید و در حال حاضر دوست دارید یا دوست نداشتید و الان علاقه دارید؟

شرح دهید:

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

۸- تعداد و مدت سرماخوردگی در دوره اخیر را بنویسید.

- آیا نسبت به دوره قبل تغییری داشته است؟

- علائم سرماخوردگی شما:

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

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

-۱

-۲

-۳



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

۱۰- آیا تحمل شما نسبت به گرما یا سرما تغییری کرده است؟

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

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

۱۳- اگر بخواهید احساس این روزهای خود را به زندگی توصیف کنید چه می‌گویید؟

۱۴- هم‌اکنون بزرگترین مشکل شما که نیازمند بهبود است، چیست؟

۱۵- والدین گرامی در صورتی که موضوع خاصی دارید، در این قسمت مطرح کنید.

