

שאלון רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה

הערות לרופא:

- א. באם פנתה אליך ב- 3 שבועות אחרונים אנא ציין את הסיבה והטיפול בבעייתה.
- ב. במידת האפשר נא לצרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה מאשפוז או ממעקב קבוע בבי"ח.
- ג. באם עברה ביופסיות – נא צרף תוצאות תשובות היסטולוגיות.
- מתוך היכרותי עם המועמדת ומהרישומים בתיק/ה הרפואי, המעומד/ סובלת או סבלה מהמצבים הרפואיים הבאים: (יש לסמן ב- X במקום המתאים לכך)

מזב רפואי	באם סובלת מהמצב		האם אושפזה בגין המצב? סמן X במשבצת המתאימה		מקום האשפוז והמועד
	כן	לא	כן	לא	
1. מחלות נוירולוגיות (כולל אפילפסיה)					
2. מחלות אנדוקריניות					
3. מחלות המטולוגיות (כולל אנמיה)					
4. מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר					
5. מחלות אף, אוזן, גרון					
6. בעיות נשימה (כולל אסטמה)					
7. מחלות לב, מסתמי לב					
8. יתר לחץ דם					
9. מחלות דרכי העיכול והכבד					
10. מחלות פרקים					
11. הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)					
12. ממאירות					
13. הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי					
14. סמים ואלכוהול					
15. מחלות תורשתיות					
	לא	כן	אם כן, פרט		
16. האם בטיפול תרופתי קבוע?					
17. האם קיימת רגישות לתרופות?					
18. האם קיימת רגישות למזון / עקיצות?					
19. האם עברה בדיקה/ת מיוחדות?					
20. האם נמצאת במעקב מרפאתי קבוע?					
21. האם עברה ניתוחים?					

הערות הרופא:

הצהרת הרופא:

הנני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי נכונים למיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי כל מידע רפואי.

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה

חותמת

תאריך

