

שאלון רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות
הערות לרופא:		

1. אם פנה/ פנתה אליך ב 3 השבועות האחרונים אנא ציין את הסיבה וטיפול שניתן.
2. במידת הצורך נא צרף מכתב רפואי מפורט יותר, או העתקי סיכומי מחלה ואשפוז.

מתוך היכרותי עם המועמד, מהרישומים בתיקו הרפואי ומבדיקתו, הנ"ל סובל מהמצבים הרפואיים הבאים: (סמן * במקום המתאים).

מצב רפואי	כן	לא	אם כן פרט
מחלות נירולוגיות			
מחלות אנדוקריניות			
מחלות המוטולוגיות			
מחלות עיניים, עיוורון לילה, טיפול בלייזר.			
מחלות א.א.ג.			
מחלות ריאה ודרכי נשימה (כולל אסטמה וברונכיטיס ספאסטית)			
מחלות לב ומסתמי לב			
יתר לחץ דם			
מחלות דרכי עיכול וכבד			
מחלות פרקים			
הפרעות בשלד (כולל שברים בעצמות)			
מחלות ממאירות			
הפרעות נפשיות וטיפול פסיכולוגי			
סמים ואלכוהול			
מחלות תורשתיות			
האם נמצא בטיפול תרופתי קבוע			
האם קיימת רגישות לתרופות			
האם קיימת רגישות למזון/ עקיצות			
האם עבר בדיקות מיוחדות			
האם נמצא במעקב מרפאתי קבוע			
האם עבר ניתוחים			

כמה זמן המשפחה/ הנער מטופלים אצלך? _____

בבדיקה גופנית הכוללת בדיקת דופק, לחץ דם, לב, ריאות, בטן (כולל בדיקה לבקע) מערכת השלד והתנועה, ובדיקה נירולוגית נמצאו הממצאים הבאים:

דופק: _____ ל.ד: _____

הערות הרופא

הצהרת הרופא

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

תאריך _____ שם הרופא _____ מס' רשיון _____ חתימה _____ חותמת _____