

HISTORIA PRZYPADKU – KONSULTACJE

Data badania: _____ Zbadane przez: _____

1. DANE PERSONALNE

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____ Numer telefonu: _____

Stan cywilny: _____ Zawód (wykształcenie): _____

2. HISTORIA CHOROÓB

Data urodzenia: _____ Ilość dzieci: _____

Status majątkowy: _____

Na co skarży się Pacjent oraz czas trwania bólu (przypadłości):

Rodzaj bólu(dolegliwości): _____

Historia bólu: _____

Przebyte choroby: _____

Rodzinne choroby: _____

3. WYPRÓŻNIANIE

Stolec: ☐ luźny ☐ półtwardy ☐ twardy

Jak często chodzisz ze stolcem? _____

Jak często chodzisz z moczem? _____

Częstotliwość: _____

Czy odczuwasz pieczenie przy oddawaniu moczy? _____

4. TRAWIENIE

Czy masz wzdęcia? _____

Nadkwasota? _____

Apetyt: ☐ mały ☐ średni ☐ mocny

5. PULS PACJENTA (VATA, PITTA, KAPHA) _____

6. CIŚNIENIE _____

7. BADANIE JĘZYKA

Język obłożony: ☐ silnie ☐ lekko ☐ czysty

Kolor języka: _____ Spękania: _____ Zdrowy: _____

Inne dolegliwości: _____

8. STAN EMOCJONALNY PACJENTA

Stan umysłu: wrażliwy niespokojny, nerwowy, spokojny

Zachowanie ciała podczas rozmowy z lekarzem: _____

Percepcja: ☐ słaba ☐ umiarkowana ☐ dobra

Szybkość rozumienia tematu: ☐ słaba ☐ umiarkowana ☐ dobra

Pamięć: ☐ słaba ☐ umiarkowana ☐ dobra

Bystrość umysłu: ☐ słaba ☐ umiarkowana ☐ dobra

Siła psychiczne ☐ słaba ☐ umiarkowana ☐ dobra

(nastawienie pozytywne, negatywne):

9. SEN

Jaki?

☐ głęboki, chrapanie spokojny

☐ lekki i zakłócony

☐ łatwy

☐ zasypianie w ciągu dnia

☐ trudny

Rodzaje snów: _____

10. RELACJE RODZINNE

☐ harmonia ☐ brak harmonii

Inne istotne szczegóły: _____

