

রোগীর দ্বারা পূরণযোগ্য

চিকিৎসা ইতিহাস ঘোষণা

গুরুত্বপূর্ণ নোট:

অনুগ্রহ করে এই ফরমটি সঠিকভাবে পূরণ করুন। এটি আপনার চিকিৎসা রেকর্ডের অংশ হবে। এখানে প্রদত্ত তথ্য আপনার চিকিৎসার ভিত্তি হিসেবে ব্যবহৃত হবে।

অসম্পূর্ণ বা ভুল তথ্য আপনার স্বাস্থ্যের জন্য এবং আরোগ্যের জন্য ক্ষতিকারক হতে পারে।

যদি রোগী নিজে ফরমটি পূরণ করতে অক্ষম হন, তবে নিকটতম আত্মীয়/অভিভাবক তাঁর পক্ষ থেকে তথ্য প্রদান করবেন।

রোগীর নাম: _____

বয়স: _____ লিঙ্গ: _____

পূর্ণ ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: _____

আপনার বর্তমানে বা অতীতে নিম্নলিখিত কোনো রোগ হয়েছে কি?

- ডায়াবেটিস — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? _____
 - ওষুধ: _____
- উচ্চ রক্তচাপ — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? _____
 - ওষুধ: _____
- হৃদরোগ — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? _____
 - এ পর্যন্ত প্রাপ্ত চিকিৎসার বিবরণ: _____
- হাঁপানি — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? _____
 - ওষুধ: _____
- যক্ষ্মা — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
- মৃগী রোগ — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
- মানসিক অসুস্থতা — হ্যাঁ / না
 - যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____

8. স্ট্রোক — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
9. ক্যান্সার — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
10. পূর্ববর্তী অস্ত্রোপচার — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
- সেই সময় অজ্ঞানকরণে কোনো জটিলতা হয়েছিল কি?
11. পূর্ববর্তী হাসপাতালে ভর্তি — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
12. দুর্ঘটনার ইতিহাস — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
13. ওষুধে অ্যালার্জি — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
14. অতীতে বড় কোনো অসুস্থতা — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____
15. বর্তমানে নেওয়া ওষুধ — এর মধ্যে সব আয়ুর্বেদিক/হোমিওপ্যাথিক/হার্বাল ওষুধ বা খাদ্য সম্পূর্ণক অন্তর্ভুক্ত করুন।
16. আপনি কি ধূমপান করেন? — হ্যাঁ / না
- পরিমাণ: _____ / দিন
- সময়কাল: _____ বছর
17. তামাক/গুটখা সেবন করেন? — হ্যাঁ / না
- পরিমাণ: _____ / দিন
- সময়কাল: _____ বছর
18. মদ্যপান করেন? — হ্যাঁ / না
- পরিমাণ: _____ / দিন
- সময়কাল: _____ বছর
19. পরিবারে ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, হাঁপানি, হৃদরোগের ইতিহাস আছে কি?
20. আপনার বা পরিবারের কারও অজ্ঞানকরণ থেকে সেরে উঠতে দেহের ইতিহাস আছে কি?
21. প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন দিন:

- আপনার কি আছে/আপনি কি ব্যবহার করেন: দাঁতের সেট/প্লেট/ইমপ্ল্যান্ট/পেসমেকার/স্টেন্ট/গর্ভনিরোধক যন্ত্র?

22. আপনি কি বিমা করিয়েছেন? — হ্যাঁ / না

23. মেডিক্লেমে ঘোষিত/অঘোষিত কোনো পূর্ববর্তী রোগ আছে কি?

24. মহিলা রোগীর ক্ষেত্রে

- সর্বশেষ মাসিকের তারিখ: _____
- সর্বশেষ প্রসবের তারিখ: _____
- আপনি কি কোনো গর্ভনিরোধক ব্যবহার করেন? — হ্যাঁ / না
- যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: _____

আমি ঘোষণা করছি যে উপরিউক্ত তথ্য আমার জানা অনুযায়ী সঠিক। আমি আমার সব চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র হাসপাতালের চিকিৎসকদের সাথে শেয়ার করেছি।

রোগীর স্বাক্ষর: _____

আত্মীয়ের স্বাক্ষর ও সম্পর্ক: _____

তারিখ: _____ সময়: _____ পূর্বাহ্ন / অপরাহ্ন

স্থান: _____