রোগীর দ্বারা পূরণযোগ্য

চিকিৎসা ইতিহাস ঘোষণা

গুরুত্বপূর্ণ নোট:

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

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

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

রোগীর নাম:		ζ.	` '	,	
বয়স: লিক:	রোগীর ন	ম:			
পূর্ণ ঠিকানা: কোন নম্বর: আপনার বর্তমানে বা অতীতে নিম্নলিখিত কোনো রোগ হয়েছে কি? 1. ডায়াবেটিস — হটাঁ / না					
আপনার বর্তমানে বা অতীতে নিম্নলিখিত কোনো রোগ হয়েছে কি? 1. ডায়াবেটিস — হাঁ / না	পূৰ্ণ ঠিকা	ताः			
1. ডায়াবেটিস — হাাঁ / না	ফোন নম্ব	র:			
যদি হটা হয়, কত মাস/বছর ধরে? এ পর্যন্ত প্রাপ্ত চিকিৎসার বিবরণ: 4. হাঁপানি — হাাঁ / না যদি হটা হয়, কত মাস/বছর ধরে? যদি হটা হয়, কত মাস/বছর ধরে? যদি হটা হয়, কত মাস/বছর ধরে? যদি হটা হয়, বিস্তারিত লিখুন: 6. মৃগী রোগ — হটা / না যদি হটা হয়, বিস্তারিত লিখুন: 7. মানসিক অসুস্থতা — হটা / না	আপনার	বৰ্তমানে বা অতীতে নিম্নলিখিত	্য কোনো রোগ হয়েছে কি?	?	
ডিফ্চ রক্তচাপ — হাাঁ / না	1.	ডায়াবেটিস — হ্যাঁ / না			
2. উচ্চ রক্তচাপ — হাঁ / না		০ যদি হ্যাঁ হয়, ক	ত মাস/বছর ধরে?		
যদি হাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? ডযুধ: যদি হাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? এ পর্যন্ত প্রাপ্ত চিকিৎসার বিবরণ: যদি হাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? যদি হাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? ডযুধ: যদি হাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? ডযুধ: যদি হাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মুগী রোগ — হাঁ / না যদি হাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মানসিক অসুস্থতা — হাঁ / না		০ ওষুধ:			
ত থমুধ:	2.	উচ্চ রক্তচাপ — হ্যাঁ / না			
3. হৃদরোগ — হাাঁ / না					
যদি হাাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? এ পর্যন্ত প্রাপ্ত চিকিৎসার বিবরণ: 4. হাঁপানি — হাাঁ / না যদি হাাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? ওমুধ: 5. যক্ষ্মা — হাাঁ / না যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: 6. মৃগী রোগ — হাাঁ / না যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: 7. মানসিক অসুস্থতা — হাাঁ / না	-				
এ পর্যন্ত প্রাপ্ত চিকিৎসার বিবরণ: বিদ হাাঁ হয়, কত মাস/বছর ধরে? ওমুধ: বিদ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: বিদ হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মানসিক অসুস্থতা — হাাঁ / না	3.		وجعه محمر الطالع م		
4. হাঁপানি — হাাঁ / না					
ত থমুধ: 5. যক্ষ্মা — হ্যাঁ / না	4.				
5. যক্ষ্মা — হ্যাঁ / না		০ যদি হ্যাঁ হয়, ক	ত মাস/বছর ধরে?		
যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: 6. মৃগী রোগ — হাাঁ / না যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: 7. মানসিক অসুস্থতা — হাাঁ / না		০ ওষুধ:			
 6. মৃগী রোগ — হাাঁ / না যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন: মানসিক অসুস্থতা — হাাঁ / না 	5.	•			
যদি হাাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন:মানসিক অসুস্থতা — হাাঁ / না	c		প্তারিত লিখুন:		_
7. মানসিক অসুস্থতা — হ্যাঁ / না	Ο.	•	স্তারিত লিখুন:		
০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন:	7.				_
		০ যদি হ্যাঁ হয়, বি	স্তারিত লিখুন:		_

8.	স্ট্রোক — হ্যাঁ / না				
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	ত লিখুন:			
9.	ক্যান্সার — হ্যাঁ / না				
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	চ লিখুন:			
10.	পূর্ববর্তী অস্ত্রোপচার — হ্যাঁ / না				
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	ত লিখুন:			
	০ সেই সময় অজ্ঞানক	বণে কোনো জটিলতা হয়েছিল কি?			
11.	পূৰ্ববৰ্তী হাসপাতালে ভৰ্তি — হ	ौ / না			
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	ত লিখুন:			
12.	দুর্ঘটনার ইতিহাস — হ্যাঁ / না				
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	চ লিখুন:			
13.	ওষুধে অ্যালার্জি — হ্যাঁ / না				
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	চ লিখুন:			
14.	অতীতে বড় কোনো অসুস্থতা —	- হ্যাঁ / না			
	০ যদি হ্যাঁ হয়, বিস্তারি	ত লিখুন:			
15.	বর্তমানে নেওয়া ওষুধ — এর ম	ধ্যে সব আয়ুর্বেদিক/হোমিওপ্যাথিক/হার্বাল	ওষুধ বা খাদ্য সম্পূরক অন্তর্ভুক্ত করুন		
16.	আপনি কি ধূমপান করেন? — :	য়াঁ ∕ না			
	০ পরিমাণ:/ বি	वेन			
	০ সময়কাল: ব	ছর			
17.	তামাক/গুটখা সেবন করেন? –	- হ্যাঁ / না			
	০ পরিমাণ:/ বি	वेन			
	০ সময়কাল: ব	ছর			
18.	মদ্যপান করেন? — হ্যাঁ / না				
	০ পরিমাণ:/ গি	वेन			
	০ সময়কাল: ব	ছর			
19.	পরিবারে ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচ	াপ, হাঁপানি, হৃদরোগের ইতিহাস আছে কি?			
20.	20. আপনার বা পরিবারের কারও অজ্ঞানকরণ থেকে সেরে উঠতে দেরির ইতিহাস আছে কি?				

21. প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন দিন:

22. আপনি বি	ফ বিমা করিয়েছেন ? -	— হাাঁ / না	
23. মেডিক্লের	মে ঘোষিত/অঘোষি	ত কোনো পূর্ববর্তী রোগ আছে কি?	
24. মহিলা রে	াগীর ক্ষেত্রে		
0	সর্বশেষ মাসিকের	তারিখ:	
0	সর্বশেষ প্রসবের ত	তারিখ:	
0	আপনি কি কোনো	া গর্ভনিরোধক ব্যবহার করেন? — হ্যাঁ / না	
	■ যদি হ	চাঁ হয়, বিস্তারিত লিখুন:	
আমি ঘোষণা করছি (য উপরিউক্ত তথ্য ত	আমার জানা অনুযায়ী সঠিক আমি আমার সব চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র হাসপাতা <i>ং</i>	লের চিকিৎসকদের
সাথে শেয়ার করেছি 			
রোগীর স্বাক্ষর:			
আত্মীয়ের স্বাক্ষর ও স	ন্পৰ্ক:		
		পূর্বাহু / অপরাহু	
ছান:			

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