

DECLARATION OF MEDICAL HISTORY" फॉर्म का हिंदी अनुवाद:

□

रोगी द्वारा भरे जाने हेतु

चिकित्सा इतिहास की घोषणा

महत्वपूर्ण सूचना:

कृपया इस प्रपत्र को सही और पूरी जानकारी के साथ भरें। यह आपके चिकित्सकीय रिकॉर्ड का हिस्सा होगा। यहां दी गई जानकारी के आधार पर ही आपका उपचार किया जाएगा।

अधूरी या गलत जानकारी आपके स्वास्थ्य और उपचार में हानिकारक सिद्ध हो सकती है।

यदि रोगी स्वयं यह फॉर्म भरने में असमर्थ हो, तो उसका निकटतम संबंधी/अभिभावक उसकी ओर से इसे भर सकता है।

रोगी का नाम: _____

उम्र: __ वर्ष

लिंग: __

पूरा पता: _____

फोन नंबर: _____

क्या आपको वर्तमान में या पहले इनमें से कोई समस्या रही है? कृपया हाँ / नहीं में उत्तर दें:

1. मधुमेह (Diabetes) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, कब से? __ महीने / वर्ष

ली जा रही दवा: _____

2. उच्च रक्तचाप (High Blood Pressure) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, कब से? __ महीने / वर्ष

दवा: _____

3. हृदय रोग (Heart Disease) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, कब से? __ महीने / वर्ष

अब तक किया गया इलाज: _____

4. दमा (Asthma) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, कब से? __ महीने / वर्ष

दवा: _____

5. क्षयरोग / टी.बी. (Tuberculosis) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

6. मिर्गी (Epilepsy) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

7. मानसिक रोग (Psychiatric illness) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

8. स्ट्रोक (Stroke) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

9. कैंसर (Cancer) — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

10. पूर्व में कोई ऑपरेशन हुआ है? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

उस समय एनेस्थीसिया से कोई समस्या हुई थी? — हाँ / नहीं

11. पूर्व में अस्पताल में भर्ती रहना पड़ा है? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

12. किसी दुर्घटना का इतिहास? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

13. किसी दवा से एलर्जी? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

14. कोई बड़ी बीमारी पहले हुई हो? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

15. वर्तमान में ली जा रही दवाइयाँ (Ayurvedic/होम्योपैथिक/हर्बल/डायटरी सप्लीमेंट्स सहित):

□

16. क्या आप धूम्रपान करते हैं? — हाँ / नहीं

मात्रा: ___ प्रतिदिन

अवधि: ___ वर्ष

17. तंबाकू / गुटखा का सेवन? — हाँ / नहीं

मात्रा: ___ प्रतिदिन

अवधि: ___ वर्ष

18. शराब का सेवन करते हैं? — हाँ / नहीं

मात्रा: ___ प्रतिदिन

अवधि: ___ वर्ष

19. परिवार में मधुमेह, उच्च रक्तचाप, दमा, हृदय रोग का इतिहास है? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

20. क्या आपको या आपके परिवार में किसी को एनेस्थीसिया से उबरने में देरी हुई है? — हाँ / नहीं

21. लागू विकल्प पर ✓ करें:

क्या आप इनमें से कुछ प्रयोग करते हैं या लगे हैं:

☐ डेंचर / नकली दांत

☐ प्लेट / इम्प्लांट

☐ पेसमेकर

☐ स्टेंट

☐ गर्भनिरोधक उपकरण

22. क्या आप बीमित (insured) हैं? — हाँ / नहीं

23. क्या आपने मेडिकलेम में कोई पूर्ववर्ती बीमारी घोषित की है / नहीं की है? — हाँ / नहीं

24. केवल महिला रोगियों के लिए:

अंतिम मासिक धर्म तिथि: _____

अंतिम प्रसव तिथि: _____

क्या आप गर्भनिरोधक का उपयोग करती हैं? — हाँ / नहीं

यदि हाँ, विवरण दें: _____

□

मैं पुष्टि करती/करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है। मैंने अस्पताल के डॉक्टरों के साथ सभी उपलब्ध चिकित्सकीय दस्तावेज साझा किए हैं।

रोगी के हस्ताक्षर: _____

रिश्तेदार के हस्ताक्षर एवं संबंध: _____

तारीख: _____

समय: _____ पूर्वाह्न / अपराह्न

स्थान: _____

□