

రొగో ప్ రకటన ఫారమ్: రొగో ద్ వారా మారించవలసినదో వైద్య చర్యోర ప్ రకటన

ముఖ్య గమనీక: దయచేసి ఈ ప్ రొఫారమాను ఖచ్చితంగా మరియు సరిగ్గా

మారించండి. ఇదో మి వైద్య రికార్డు లో భాగంగా నమోదుతుంది. ఇక్కడ

అందించిన సమాచారం ఆధారంగా మి చికిత్స జరుగుతుంది. అసంపూర్ణమైన లోదా

తప్తంగా ఇచ్చిన సమాచారం మి ఆర్గ్యూనీకో మరియు కోలుకోవడానీకో

హానీకరంగా మారవచ్చు. రొగో సవయంగా ఈ ఫారమ్ను మారించలేని

పరిస్థితిలో, అతని/ఆమె బంధుమ లోదా సరక్షకుడు ఆ రొగో తరఫున ఈ

ఫారమ్ను మారించి సమాచారం అందించాలి.

రొగో పేరు ----- వయస్సు ----- లింగం ----- మార్య చిరునామా ----- ఫోన్

నంబర్లు -----

మీకు ప్ రసత్తుతం లోదా గతంలో ఈ క్ రొందో సమస్యలు ఉన్నాయా?

1. మధుమేహం – అమను / కొదు అమనయితే, ఎప్పటి నుండి ----- నాలలు /

సంవత్సరాలు ఉపయోగిస్తూన్న మందులు: _____

2. అధిక రక్తపోటు – అమను / కొదు అమనయితే, ఎప్పటి నుండి ----- నాలలు /

సంవత్సరాలు ఉపయోగిస్తూన్న మందులు: _____

3. హృదయ సంబంధిత వ్యాధి – అమను / కొదు అమనయితే, ఎప్పటి నుండి -----

నాలలు / సంవత్సరాలు ఇప్పటివరకు పొందిన చికిత్స వీవరాలు: _____

4. ఆస్త్మా – అమను / కొదు అమనయితే, ఎప్పటి నుండి ----- నాలలు /

సంవత్సరాలు ఉపయోగిస్తూన్న మందులు: _____

5. ట్ యూబర్క్ యులొస్స్ – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి:

6. ఎపోలవ్స్ (ఫ్టెస్) – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

7. మానసక సమస్యలు – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

8. స్ట్రోక్ – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

9. క్లౌన్స్ – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

10. గత శత్రుత్వం – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి:

_____ ఆ సమయంలో అనన్యతను సంబంధిత సమస్యలు ఉన్నాయా?

11. గత ఆసుపత్రి చరిత్రలు – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి:

12. అపహత చరిత్ర – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

13. మందుల అలర్జిక్ – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి: _____

14. గతంలో పరధాన వ్యూహాలు – అమను / కూదు అమనయితే, వోవరాలు ఇవ్వండి:

15. పోస్టుతం తీసుకుంటున్న మందులు – ఇందులో ఆయుర్వేద / హోమోపతి / హార్బల్ మందులు లేదా ఆహార అనుబంధాలు కూడా ఉండాలి వోవరాలు:

16. పొగతాగే అలవాటు ఉందా? – అమను / కూదు పరిమాణం ----- రోజుకు వ్యవధి ---

సంవత్సరాలు

17. తంబాకు / గుట్కా వాడుతారా? – అమను / కూదు పరిమాణం ----- రోజుకు వ్యవధి

--- సంవత్సరాలు

18. మద్యం సేవ్స్తారా? – అమను / కూదు పరిమాణం ----- రోజుకు వ్యవధి ---

సంవత్సరాలు

19. కుటుంబ చరిత్రలో మధుమేహం, రక్తపోటు, ఆస్థమా, హృదయ వ్యాధులు

ఉన్నాయా? వ్రాసే: _____

20. మీకు లేదా మీ కుటుంబ సభ్యులకు అనస్థీషియా నుండి కోలుకోవడంలో

ఆలస్యం ఉన్న చరిత్ర ఉందా? వ్రాసే: _____

21. కొంద పేర్లకొన్న వాటిలో మీకు ఏవైనా ఉన్నాయా? (✓ చేయండి)

డౌంచర్లు

పోలిటోలు

ఇంఫ్లాంటోలు

పోస్ట్మెక్రె

స్టెంటో

గర్భనరోధక పరికరం

22. మీకు ఆరోగ్య బీమా ఉందా? – అమను / కూదు

23. మీకు Mediclaim లో ప్లరకటించిన / ప్లరకటించని పూర్వ వైద్య సమస్యలు

ఉన్నాయా? వ్రాసే: _____

24. సెక్తరీ రోగుల కోసం:

చివరి మాస వృద్ధి తేదీ -----

చివరి ప్లరసన తేదీ -----

మీరు గర్భనీరోధక పద్ధతులు ఉపయోగిస్తానా? – అమను / కాదు అమనయితే,
వీవరాలు ఇవ్వండి: _____

నేను ఇక్కడ ప్రికటిస్ తున్న సమాచారం నా జ్ఞానానికి అనుగుణంగా

నోజమైనదాగా ధృవీకరిస్తానను. ఆసుపత్రి వైద్యులకు అందుబాటులో ఉన్న

అన్ నో వైద్య పత్రాలను నేను పంచుకున్నాను.

రోగి సంతకం -----

బంధుమ సంతకం మరియు సంబంధం -----

తేదీ -----

సమయం -----

AM / PM స్థలం ---