

રોગીની તરફથી ભરવાનું મેડિકલ ઇતિહાસ અંગે ઘોષણા પત્ર

મહત્વપૂર્ણ નોંધ:

આ ફોર્મ ચોક્કસાઈપૂર્વક ભરો. આ ફોર્મ તમારી મેડિકલ રેકૉર્ડનો ભાગ બની રહેશે. અહીં આપેલી માહિતીના આધારે તમારું સારવાર નક્કી થશે.

અપૂર્ણ કે ખોટી માહિતી આપવાથી તમારા આરોગ્ય પર નુકસાનકારી અસર થઈ શકે છે.

જો રોગી પોતે આ ફોર્મ ન ભરી શકે, તો નજીકના સંબંધીએ અથવા વાલીએ તેની જગ્યાએ આ ફોર્મ ભરવું જોઈએ.

રોગીનું નામ: _____

ઉંમર: _____

લિંગ: _____

સંપૂર્ણ સરનામું: _____

ફોન નંબર: _____

શું નીચે જણાવેલ કોઈ બીમારી હાલમાં છે કે પહેલા રહી ચુકી છે?

1. ડાયાબિટીસ (મધુમેહ): હા / ના

જો હા, તો કેટલા મહિનાથી/વર્ષોથી: _____

દવાઓ: _____

2. હાઈ બ્લડ પ્રેશર (ઉચ્ચ રક્તદાબ): હા / ના

જો હા, તો કેટલા મહિનાથી/વર્ષોથી: _____

દવાઓ: _____

3. હૃદયની બિમારી: હા / ના

જો હા, કેટલા સમયથી: _____

હમણાં સુધી કઈ સારવાર લીધી: _____

4. અસ્થમા (દમ): હા / ના

કેટલા મહિનાથી/વર્ષથી: _____

દવાઓ: _____

5. ક્ષયરોગ (ટ્યુબર્ક્યુલોસિસ): હા / ના

વિગતો આપો: _____

6. મિરગી (એપિલેપ્સી): હા / ના

વિગતો આપો: _____

7. માનસિક બીમારી: હા / ના

વિગતો આપો: _____

8. પક્ષઘાત (સ્ટ્રોક): હા / ના
વિગતો આપો: _____
9. કેન્સર: હા / ના
વિગતો આપો: _____
10. પહેલાં કોઈ ઓપરેશન થયું છે?: હા / ના
હા હોય તો વિગત આપો: _____
શું એ સમયે એનસ્થેશિયા આપતી વખતે કોઈ તકલીફ પડી હતી?
11. પહેલાં કોઈ હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા છે?: હા / ના
વિગતો આપો: _____
12. અકસ્માતનો ઇતિહાસ: હા / ના
વિગતો આપો: _____
13. કોઈ દવા કે દ્રવ્યની એલર્જી: હા / ના
વિગતો આપો: _____
14. પૂર્વમાં કોઈ મોટી બીમારી થઈ છે?: હા / ના
વિગતો આપો: _____
15. હમણાં કઈ દવાઓ લઈ રહ્યા છો?
(આયુર્વેદિક / હોમિયોપેથી / હર્બલ / ફૂડ સપ્લિમેન્ટ્સ સહિત):
16. શું તમે ધૂમ્રપાન કરો છો?: હા / ના
પ્રમાણ: _____ પ્રતિદિન,
સમયગાળો: _____ વર્ષ
17. શું તમાકુ / ગુટખું વાપરો છો?: હા / ના
પ્રમાણ: _____ પ્રતિદિન,
સમયગાળો: _____ વર્ષ
18. શું તમારું મદિરાપાન કરો છો?: હા / ના
પ્રમાણ: _____ પ્રતિદિન,
સમયગાળો: _____ વર્ષ
19. કટુમ્બમાં ડાયાબિટીસ, બ્લડપ્રેશર, દમ, હૃદયરોગનો ઇતિહાસ છે?:
હા / ના. જો હા, તો વિગત આપો: _____

20. તમે કે પરિવારના સભ્યે એનસ્થેશિયા પછી સુધરવામાં મોડું પડ્યું હોય એવો ઇતિહાસ છે?:

હા / ના

21. નીચે જણાવેલ વસ્તુઓ શું તમારી પાસે છે? (ટીક કરો)

દાંતના પ્લેટ / ઇમ્પ્લાન્ટ / પેસમેકર / સ્ટેન્ટ / ગર્ભનિરોધક ઉપકરણ

22. શું તમારું ઈન્સ્યુરન્સ છે?: હા / ના

23. શું કોઈ પહેલેથી ઘોષિત / અઘોષિત બીમારી છે જે તમે મેડીકલમમાં જણાવી છે?:

હા / ના

24. મહિલા દર્દીઓ માટે:

છેલ્લી માસિક તારીખ: _____

છેલ્લી ડિલિવરીની તારીખ: _____

શું કોઈ ગર્ભનિરોધક ઉપાયો વાપરો છો?: હા / ના

વિગતો આપો: _____

હું ખાતરીપૂર્વક કહી શકું છું કે ઉપર આપેલી તમામ માહિતી સાચી છે. મેં તમામ જરૂરી મેડિકલ દસ્તાવેજો હોસ્પિટલના ડોક્ટરો સાથે શેર કર્યા છે.

દર્દીનું સહી: _____

સગા સંબંધીએ સહી કરી અને સંબંધ લખવો: _____

તારીખ: _____ સમય: _____ AM / PM