

ರೋಗಿಯಿಂದ ತುಂಬಲು

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸದ ಘೋಷಣೆ

ಪ್ರಮುಖ ಟಿಪ್ಪಣಿ: ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಪ್ರೌಢಾರ್ಥವನ್ನು ನಿಖರವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ, ಇದು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಯ ಭಾಗವಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ತಪ್ಪಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಹಾನಿಕಾರಕವೆಂದು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಬಹುದು.

ರೋಗಿಯು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೆ, ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿ/ಪೋಷಕರು ಅವನ/ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು.

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು----- ವಯಸ್ಸು----- - ಲೈಂಗಿಕತೆ----- -

ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ----- tel.Nos----- -

ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಹಿಂದೆ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?

1) ಮಧುಮೇಹ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಅಂದಿನಿಂದ----- ತಿಂಗಳುಗಳು/ವರ್ಷಗಳು.

ಔಷಧಿ.

2) ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಅಂದಿನಿಂದ----- ತಿಂಗಳುಗಳು/ವರ್ಷಗಳು.

ಔಷಧಿ.

3) ಹೃದಯ ರೋಗ --- ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

ಹೌದಾದರೆ, ----- ರಿಂದ---ತಿಂಗಳುಗಳು/ವರ್ಷಗಳು.

ಇಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಪಡೆದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು-----

4) ಅಸ್ತಮಾ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,---- ಮಾಸಿಕ/ವರ್ಷಗಳು.

ಔಷಧಿ.

5) ಕ್ಷಯರೋಗ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

6) ಅಪಸ್ಮಾರ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

7) ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಯಿಲೆ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

8) ಸ್ಟ್ರೋಕ್-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

9) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

10) ಹಿಂದಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ---ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅರಿವಳಿಕೆ ತೊಡಕುಗಳಿವೆಯೇ?

11) ಹಿಂದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ---ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

12) ಅಪಘಾತದ ಇತಿಹಾಸ-ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

13) ಡ್ರಗ್ ಅಲರ್ಜಿ --- ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

14) ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಮುಖ ಅನಾರೋಗ್ಯ-- ಹೌದು/ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

15) ಪ್ರಸ್ತುತ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಔಷಧಿಗಳು---ಇದು ಎಲ್ಲಾ

ಆಯುರ್ವೇದ/ಹೋಮಿಯೋಪತಿ/ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಆಹಾರ ಪೂರಕಗಳನ್ನು

ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

16) ನೀವು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? ----ಹೌದು/ಇಲ್ಲ. ಪ್ರಮಾಣ-----ದಿನ, ಅವಧಿ---ವರ್ಷಗಳು.

17) ತಂಬಾಕು ಅಥವಾ ಗುಟ್ಟಾ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

----- ದಿನ, ಅವಧಿ-- ವರ್ಷ.

18) ಮದ್ಯ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ-----ದಿನ, ಅವಧಿ-- ವರ್ಷ.

19) ಮಧುಮೇಹ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಆಸ್ತಮಾ, ಹೃದ್ರೋಗದ ಕುಟುಂಬದ ಇತಿಹಾಸ?

20) ಅರಿವಳಿಕೆಯಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾದ ಯಾವುದೇ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬದ

ಇತಿಹಾಸವಿದೆಯೇ?

21) ಅನ್ವಯವಾಗುವದನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ನೀವು ಡೆಂಚರ್ಗಳು/ಫ್ಲೇಟ್ಗಳು/ಇಂಪ್ಲಾಂಟ್ಗಳು/ಪೇಸ್ಮೇಕರ್/ಸ್ವೆಂಟ್/ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನವನ್ನು
ಧರಿಸುತ್ತೀರಾ/ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?

22) ನಿಮಗೆ ವಿಮೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

23) ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪೂರ್ವ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗವನ್ನು ಮೆಡಿಕೇಷನ್
ಘೋಷಿಸಿದ್ದೀರಾ/ಘೋಷಿಸಿಲ್ಲವೇ?

24) ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ - ಕೊನೆಯ ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿ ದಿನಾಂಕ -----

ಕೊನೆಯ ವಿತರಣಾ ದಿನಾಂಕ----- -

ನೀವು ಯಾವುದೇ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯು ನನ್ನ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ನಿಜವೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ

ಹಂಚಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ----- -

ಸಂಬಂಧಿ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧದ ಸಹಿ -----

ದಿನಾಂಕ ----- - ಸಮಯ. ----- - ಎಎಂ/ಪಿಎಂ

ಸ್ಥಳ. ---