

രോഗിയുടെ മെഡിക്കൽ ചരിത്രത്തിന്റെ പ്രഖ്യാപനം

പ്രധാനമായ കുറിപ്പ്:

ദയവായി ഈ ഫോം കൃത്യമായി പൂരിപ്പിക്കുക . ഇത് നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖയുടെ ഭാഗമായിരിക്കും.

ഇവിടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും .

അപൂർണ്ണമായോ തെറ്റായോ ഉള്ള വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തിനും രോഗശാന്തിക്കും ഹാനികരമാകാം.

രോഗി സ്വയം ഫോം പൂരിപ്പിക്കാൻ കഴിയാത്ത പക്ഷം, അടുത്ത ബന്ധു/ഗാർഡിയൻ

അവന്റെ/അവളുടെ പേരിൽ ഫോം പൂരിപ്പിക്കണം.

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം: ലിംഗം :

പൂർണ്ണ വിലാസം:

ഫോൺ നമ്പർ:

നിങ്ങൾക്ക് ഇപ്പോൾ ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ താഴെ പറയുന്നവ:

1) പ്രമേഹം — ഉണ്ട്/ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, എത്ര മാസം /വർഷമായി:

മരുന്ന്: _____

2) ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം — ഉണ്ട്/ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, എത്ര മാസം/വർഷമായി:

മരുന്ന്: _____

3) ഹൃദ്രോഗം — ഉണ്ട് /ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, എത്ര മാസം/വർഷമായി:

ഇതുവരെ സ്വീകരിച്ച ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ: _____

4) ആസ്മ — ഉണ്ട് /ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, എത്ര മാസം/വർഷമായി:

മരുന്ന്: _____

5) ക്ഷയരോഗം — ഉണ്ട്/ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

6) അപസ്മാരം — ഉണ്ട്/ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

7) മാനസിക രോഗം — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

8) സ്റ്റ്രോക്ക് — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

9) കാൻസർ — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

10) മുൻപ് ശസ്ത്രക്രിയ — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____
അന്ന് അനസ്തീഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പരീക്ഷണങ്ങളുണ്ടായിരുന്നോ?

11) മുൻപ് ആശുപത്രിവാസം — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

12) അപകട ചരിത്രം — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

13) മരുന്ന് അലർജി — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

14) മുൻപ് ഉണ്ടായ വലിയ രോഗങ്ങൾ — ഉണ്ട്/ഇല്ല
ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: _____

15) ഇപ്രകാരം ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയാത്തവരുടെയും (ആയുർവേദ, ഹോമിയോ, ഹർബൽ, ഫുഡ് സപ്ലിമെന്റുകൾ ഉൾപ്പെടെ):

16) നിങ്ങൾ പുകവലിക്കുന്നുണ്ടോ? — ഉണ്ട്/ഇല്ല
അളവ്: __/ദിവസം
കാലാവധി: __ വർഷം

17) നിങ്ങൾ പുകയില/ഗുട്ട് കഴിക്കുന്നുണ്ടോ? — ഉണ്ട്/ഇല്ല
അളവ്: __/ദിവസം
കാലാവധി: __ വർഷം

18) നിങ്ങൾ മദ്യം ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടോ? — ഉണ്ട്/ഇല്ല
അളവ്: __/ദിവസം
കാലാവധി: __ വർഷം

19) കുടുംബചരിത്രം: പ്രമേഹം/രക്തസമ്മർദ്ദം/ആസ്ത്മ/ഹൃദ്രോഗം?

സ്ഥലം: _____