

દરદીનું નામ : _____ દરદીનો આઈડેન્ટીફિકેશન નંબર : _____
જન્મ તારીખ : _____

I. યોગ્ય જવાબ પર કુંડાળું કરો (સવાલ ન સમજાય તો ખાલી જગ્યા છોડી દેશો) :

- | | | | |
|----|----|----|--|
| 1. | હા | ના | તમારું સામાન્ય સ્વાસ્થ્ય સારું છે ? |
| 2. | હા | ના | છેલ્લા એક વર્ષમાં તમારા સ્વાસ્થ્યમાં કશો ફેરફાર થયો છે ? |
| 3. | હા | ના | છેલ્લા ત્રણ વર્ષમાં તમારે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું પડ્યું છે અથવા તો કોઈ ગંભીર માંદગી આવી છે ?
જો હા, તો શા માટે ? _____ |
| 4. | હા | ના | અત્યારે તમે કોઈ ફિઝિશિયનની સારવાર લો છો ? શી બીમારી માટે ? _____
છેલ્લા તબીબી પરીક્ષણની તારીખ? _____ દાંતની તપાસની છેલ્લી તારીખ _____ |
| 5. | હા | ના | આ પહેલાં દાંતની સારવાર લીધી તેમાં કઈ તકલીફ પડી હતી ? |
| 6. | હા | ના | તમને અત્યારે પીડા છે ? |

II. તમને નિમ્નલિખિતમાંથી કોઈ તકલીફ થઈ છે ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|---------------------------------|
| 7. | હા | ના | છાતીમાં દુખાવો (એન્જર્ડના) ? | 18. | હા | ના | ચક્કર આવે ? |
| 8. | હા | ના | પગની ઘૂંટી પર સોજો ? | 19. | હા | ના | કાનમાં ઘંટડી વાગવા જેવું લાગે ? |
| 9. | હા | ના | હાંફ ચડે ? | 20. | હા | ના | માથાનો દુખાવો ? |
| 10. | હા | ના | હાલમાં વજનમાં ઘટાડો, તાવ, રાતે પરસેવો વળે ? | 21. | હા | ના | અવારનવાર મૂર્છા આવી જાય ? |
| 11. | હા | ના | સતત ઉધરસ, બળખામાં લોહી ? | 22. | હા | ના | આંખે ઝાંખપ ? |
| 12. | હા | ના | લોહી નીકળવાની સમસ્યા, જલદી લસરકા પડે ? | 23. | હા | ના | આંચકી ? |
| 13. | હા | ના | નાકના હાડકામાં છિદ્ર (સાઈનસ)ની તકલીફ? | 24. | હા | ના | વધારે પડતી તરસ ? |
| 14. | હા | ના | ખાવાનું ગળવાની સમસ્યા ? | 25. | હા | ના | અવારનવાર પેશાબ કરવો પડે ? |
| 15. | હા | ના | ઝાડા, અપચો, દસ્તમાં લોહી ? | 26. | હા | ના | મોઢું સુકાઈ જાય ? |
| 16. | હા | ના | અવારનવાર ઉલ્ટી, મોળ ? | 27. | હા | ના | કમળો ? |
| 17. | હા | ના | પેશાબ કરવામાં તકલીફ, પેશાબમાં લોહી ? | 28. | હા | ના | સાંધા દુખે, અકડાઈ જાય ? |

III. તમને નિમ્નલિખિતમાંથી કશું છે કે હતું ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|---------------------------------------|
| 29. | હા | ના | હૃદયની બીમારી ? | 40. | હા | ના | એઈડ્ઝ ? |
| 30. | હા | ના | હાર્ટ એટેક, હૃદયમાં ખામી ? | 41. | હા | ના | ગાંઠ (ટ્યૂમર), કેન્સર ? |
| 31. | હા | ના | હૃદયના ધબકારા ? | 42. | હા | ના | સંધિવા, રુમેટિઝમ ? |
| 32. | હા | ના | રુમેટિક તાવ ? | 43. | હા | ના | આંખની બીમારી ? |
| 33. | હા | ના | સ્ટ્રોક, ધમનીઓ સખત બની જાય ? | 44. | હા | ના | ચામડીના રોગ ? |
| 34. | હા | ના | ઊંચું બ્લડ પ્રેશર ? | 45. | હા | ના | પાંડુરોગ (એનીમિયા) ? |
| 35. | હા | ના | દમ, ટીબી, એમ્ફીસેમા, ફેફસાંના બીજા રોગ ? | 46. | હા | ના | જાતીય રોગ (સિફિલિસ કે ગોનોરિયા) ? |
| 36. | હા | ના | હેપાટાઇટિસ (કમળો) , લિવરની બીજી બીમારીઓ ? | 47. | હા | ના | હર્પિસ ? |
| 37. | હા | ના | પેટની બીમારીઓ, ચાંદું ? | 48. | હા | ના | કિડની અને મૂત્રાશયની બીમારી ? |
| 38. | હા | ના | ઓષધો, ખાદ્ય પદાર્થો, દવાઓ, લેટેક્સની એલર્જી ? | 49. | હા | ના | થાઈરોઈડ (કંઠમાળ રોગ), એડ્રીનલનો રોગ ? |
| 39. | હા | ના | ડયાબિટીસ, હૃદયની બીમારી, ગાંઠનો કોટ્રોબિક ઇતિહાસ ? | 50. | હા | ના | ડયાબિટીસ ? |

IV. તમે નિમ્નલિખિતમાંથી કોઈ ઈલાજ કરાવ્યો છે ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-----------------------------|-----|----|----|---------------------|
| 51. | હા | ના | મનોવેજ્ઞાનિકની સંભાળ ? | 56. | હા | ના | હોસ્પિટલમાં ઉપચાર ? |
| 52. | હા | ના | વિકિરણ (રેડિએશન)ની સારવાર ? | 57. | હા | ના | લોહી લેવું પડ્યું ? |
| 53. | હા | ના | કંબોચરાપી ? | 58. | હા | ના | શસ્ત્ર ક્રિયા ? |
| 54. | હા | ના | હૃદયનો કૃત્રિમ વાલ્વ ? | 59. | હા | ના | પેસમેકર ? |
| 55. | હા | ના | કૃત્રિમ સાંધો ? | 60. | હા | ના | ક્રોન્ટેકટ લેન્સ ? |

V. તમે નિમ્નલિખિતમાંથી કશું લો છો ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------|
| 61. | હા | ના | આનંદદાયક ઔષધો ? | 63. | હા | ના | કોઈ પણ સ્વરૂપમાં તમાકુ ? |
| 62. | હા | ના | ઓષધો, દવાઓ, દુકાનેથી ડૉક્ટરની ભલામણ વિના મળતી દવાઓ
(એસ્પિરિન સહિત), પ્રાકૃતિક ઉપચારો ? | 64. | હા | ના | દારૂ ? |

જો લેતા હો, તેનાં નામ લખશો : _____

VI. માત્ર સ્ત્રીઓ :

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|--------------------------------|
| 65. | હા | ના | તમે ગર્ભવતી અથવા બાળકને સ્તનપાન કરાવતી માતા છો અથવા બની શકો છો ? | 66. | હા | ના | તમે જન્મ નિરોધની ગોળીઓ લો છો ? |
|-----|----|----|--|-----|----|----|--------------------------------|

VII. બધા દરદીઓ :

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 67. | હા | ના | આ ફોર્મમાં ન જણાવેલ હોય તેવી કોઈ બીજી બીમારી અથવા તો તબીબી સમસ્યા તમને છે અથવા હતી ?
હોય તો, વિવરણ આપશો : _____ |
|-----|----|----|--|

મારી સર્વોત્તમ જાણકારી પ્રમાણે મેં દરેક સવાલનો સંપૂર્ણ અને સુયોગ્ય રીતે જવાબ આપ્યો છે. મારા સ્વાસ્થ્યમાં અને / અથવા મારી દવાઓમાં કશો ફેરફાર થયો તો હું મારા ડૉક્ટરને એની જાણ કરીશ.

દરદીની સહી : _____ તારીખ : _____

પુનઃ સમીક્ષા :

- | | | |
|---------------|-------|---------------|
| 1. દરદીની સહી | _____ | તારીખ : _____ |
| 2. દરદીની સહી | _____ | તારીખ : _____ |
| 3. દરદીની સહી | _____ | તારીખ : _____ |