

मरीज़ का नाम: _____ मरीज़ की आई.डी. या पहचान नम्बर: _____
जन्म तिथि: _____

I. उचित जवाब पर गोले का निशान बनाएं (अगर सवाल समझ में न आए तो कुछ मत लिखें):

- | | | | |
|----|-----|------|--|
| 1. | हाँ | नहीं | आम तौर पर क्या आपकी सेहत अच्छी रहती है? |
| 2. | हाँ | नहीं | क्या पिछले साल के दौरान आपकी सेहत में कोई परिवर्तन आया है? |
| 3. | हाँ | नहीं | क्या पिछले तीन साल के दौरान आप हस्पताल में भरती हुए हैं या क्या आपको कोई गंभीर बीमारी हुई है?
अगर हाँ, तो किसलिए? _____ |
| 4. | हाँ | नहीं | क्या इस वक्त कोई डॉक्टर आपका इलाज कर रहा है? किसलिए? _____
पिछली चिकित्सकीय या नि डॉक्टरों की जांच की तिथि? _____ दांतों की पिछली जांच की तिथि? _____ |
| 5. | हाँ | नहीं | दांतों का इलाज कराने में क्या आपको पहले कोई दिक्कत हुई है? |
| 6. | हाँ | नहीं | इस वक्त क्या आपको दर्द है? |

II. क्या आपने इन लक्षणों को महसूस किया है:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|---|-----|-----|------|-----------------------|
| 7. | हाँ | नहीं | छाती में दर्द (एन्जाइना)? | 18. | हाँ | नहीं | चक्कर? |
| 8. | हाँ | नहीं | टखनों में सूजन? | 19. | हाँ | नहीं | कानों में झनझनाहट? |
| 9. | हाँ | नहीं | सांस की कमी? | 20. | हाँ | नहीं | सिरदर्द? |
| 10. | हाँ | नहीं | हाल में वजन घट जाना, बुखार, रात में पसीना आना? | 21. | हाँ | नहीं | बेहोशी के दौर? |
| 11. | हाँ | नहीं | लगातार खांसी, खांसी में खून आना? | 22. | हाँ | नहीं | धुंधली नज़र? |
| 12. | हाँ | नहीं | खून बहने की दिक्कतें, त्वचा पर जल्दी नीला पड़ जाना? | 23. | हाँ | नहीं | दौरे? |
| 13. | हाँ | नहीं | साईनस या शिरानाल की दिक्कतें? | 24. | हाँ | नहीं | बेहद प्यास लगना? |
| 14. | हाँ | नहीं | घोंटने की दिक्कतें? | 25. | हाँ | नहीं | अक्सर पेशाब होना? |
| 15. | हाँ | नहीं | दस्त, कब्ज़, पाखाने में खून? | 26. | हाँ | नहीं | मुँह में सूखापन? |
| 16. | हाँ | नहीं | अक्सर उल्टी, मिचली? | 27. | हाँ | नहीं | जॉन्डिस या नि पॉलिया? |
| 17. | हाँ | नहीं | पेशाब करने में दिक्कत, पेशाब में खून? | 28. | हाँ | नहीं | जोड़ में दर्द, एंटेन? |

III. क्या आपको ये बीमारियाँ हैं या हो चुकी हैं:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|---|-----|-----|------|---------------------------------------|
| 29. | हाँ | नहीं | दिल की बीमारी? | 40. | हाँ | नहीं | एड्स? |
| 30. | हाँ | नहीं | दिल का दौरा, दिल में खराबी? | 41. | हाँ | नहीं | ट्यूबर या नि अर्बुद, कैंसर? |
| 31. | हाँ | नहीं | दिल में मरमराहट? | 42. | हाँ | नहीं | आर्थराइटिस, गठिया? |
| 32. | हाँ | नहीं | रियुमैटिक फ़ीवर या नि बुखार के साथ जोड़ों में सूजन? | 43. | हाँ | नहीं | ऑख की बीमारियाँ? |
| 33. | हाँ | नहीं | स्ट्रोक या नि रक्ताघात, धमनियों का कड़ा हो जाना? | 44. | हाँ | नहीं | त्वचा की बीमारियाँ? |
| 34. | हाँ | नहीं | हाई ब्लड प्रेशर या नि ऊँचा रक्तदाब? | 45. | हाँ | नहीं | अनीमिया या नि खून की कमी? |
| 35. | हाँ | नहीं | दमा, टी.बी., एम्फ़ीसीमा, फ़ेफ़ड़ों की दूसरी बीमारियाँ? | 46. | हाँ | नहीं | वी.डी. या नि रतिरोग (उपदंश या सूजाक)? |
| 36. | हाँ | नहीं | हेपाटाइटिस या नि यकृत शोथ या कलेजे की दूसरी बीमारियाँ? | 47. | हाँ | नहीं | हर्पीज़ या नि विसर्पिका? |
| 37. | हाँ | नहीं | पेट की दिक्कतें, अल्सर? | 48. | हाँ | नहीं | गुदों या मूत्राशय की बीमारी? |
| 38. | हाँ | नहीं | किसी दवा, खाने की चीज़, लेटेक्स से एलर्जी या नि प्रयुर्जता? | 49. | हाँ | नहीं | थायरॉइड, एड्रीनल बीमारी? |
| 39. | हाँ | नहीं | परिवार में डायबिटीज़, दिल की बीमारी, ट्यूबर का इतिहास? | 50. | हाँ | नहीं | डायबिटीज़? |

IV. क्या आपको ऐसा है या हो चुका है:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|---------------------------|-----|-----|------|----------------------|
| 51. | हाँ | नहीं | मनोवैज्ञानिक इलाज? | 56. | हाँ | नहीं | हस्पताल में भरती? |
| 52. | हाँ | नहीं | रेडियेशन का इलाज? | 57. | हाँ | नहीं | खून चढ़ना? |
| 53. | हाँ | नहीं | कीमोथेरापी? | 58. | हाँ | नहीं | सर्जरी या नि ऑपरेशन? |
| 54. | हाँ | नहीं | दिल के लिए कृत्रिम वाल्व? | 59. | हाँ | नहीं | पेसमेकर? |
| 55. | हाँ | नहीं | कृत्रिम जोड़? | 60. | हाँ | नहीं | कॉन्टैक्ट लेन्ज़? |

V. क्या आप ले रहे हैं:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|---|-----|-----|------|---------------------------|
| 61. | हाँ | नहीं | नशा के लिए ड्रग? | 63. | हाँ | नहीं | किसी भी तरीके से तम्बाकू? |
| 62. | हाँ | नहीं | ड्रग, दवा, बगैर नुस्खे की दवाईयाँ (एस्पिन भी शामिल करें), प्राकृतिक इलाज? | 64. | हाँ | नहीं | शराब? |
- कृपया बताएं: _____

VI. केवल औरतों के लिए:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|--|-----|-----|------|---------------------------------|
| 65. | हाँ | नहीं | क्या आप गर्भवती हैं या क्या ऐसा हो सकता है या क्या आप दूध पिलाने वाली माँ हैं? | 66. | हाँ | नहीं | क्या आप गर्भ निरोधक ले रही हैं? |
|-----|-----|------|--|-----|-----|------|---------------------------------|

VII. सारे मरीज़:

- | | | | |
|-----|-----|------|---|
| 67. | हाँ | नहीं | क्या आपको कोई ऐसी बीमारी या चिकित्सकीय दिक्कत हुई है जिसके बारे में इस फार्म पर कोई ज़िक्र नहीं है?
अगर हाँ, तो कृपया व्याख्या करें: _____ |
|-----|-----|------|---|

जहाँ तक कि मुझे जानकारी है, मैंने हर सवाल का पूरा और सही जवाब दिया है। अगर मेरी सेहत और/या दवा में कोई परिवर्तन आया तो मैं अपने डेंटिस्ट या नि दांतों के डॉक्टर को सूचित कर दूंगा।

मरीज़ के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

फिर से बुलावा देने की जांच प्रक्रिया:

- | | | |
|----|---------------------------|-------------|
| 1. | मरीज़ के हस्ताक्षर: _____ | तिथि: _____ |
| 2. | मरीज़ के हस्ताक्षर: _____ | तिथि: _____ |
| 3. | मरीज़ के हस्ताक्षर: _____ | तिथि: _____ |