

मरीज का नाम: _____

मरीज की आई.डी. या नि पहचान नम्बर: _____

जन्म तिथि: _____

I. उचित जवाब पर गेले का निश्चय करना (अगर सवाल समझ में न आए तो कुछ मत लिखें):

- | | | | | | |
|----|-----|------|---|-------------------------------------|--|
| 1. | हाँ | नहीं | आम तौर पर क्या आपकी मेहत अच्छी रहती है? | | |
| 2. | हाँ | नहीं | क्या पिछले साल के दौरान आपकी मेहत 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 वकत 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 करने में क्या आपको पहले कोई दिक्कत हुई है? | | |
| 6. | हाँ | नहीं | इस वकत क्या आपको दर्द है? | | |

II. क्या आपने इन सबकों को समझ लिया 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 | मांस की कमी? | 20. | हाँ | नहीं | गिरदर्द? |
| 10. | हाँ | नहीं | हाल में वजन घट जाना, बुखार, गत में पसीना आना? | 21. | हाँ | नहीं | बेहोशी के दौर? |
| 11. | हाँ | नहीं | लगभग खांसी, खांसी में खून आना? | 22. | हाँ | नहीं | धुंधली नजर? |
| 12. | हाँ | नहीं | खून बहने की दिक्कतें, त्वचा पर जल्दी नीला पड़ जाना? | 23. | हाँ | नहीं | दौर? |
| 13. | हाँ | नहीं | साईनस या नि शिरानाल की दिक्कतें? | 24. | हाँ | नहीं | वेदद प्यास लगना? |
| 14. | हाँ | नहीं | घोंटने की दिक्कतें? | 25. | हाँ | नहीं | अक्सर पेशाब होना? |
| 15. | हाँ | नहीं | दस्त, कब्ज, पाखाने में खून? | 26. | हाँ | नहीं | सुँह में सूखापन? |
| 16. | हाँ | नहीं | अक्सर उल्टी, मिचली? | 27. | हाँ | नहीं | जॉइंट्स या नि पीलिया? |
| 17. | हाँ | नहीं | पेशाब करने में दिक्कत, पेशाब में खून? | 28. | हाँ | नहीं | जोड़ में दर्द, ऐंठन? |

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 | ट्यूमर या नि अर्बुद, कैन्सर? |
| 31. | हाँ | नहीं | दिल में मरमराहट? | 42. | हाँ | नहीं | आर्थराइटिस, गठिया? |
| 32. | हाँ | नहीं | रिथ्मेटिक फीवर या नि बुखार के साथ जोड़ों में सूजन? | 43. | हाँ | नहीं | ऑरिज की बीमारियाँ? |
| 33. | हाँ | नहीं | स्ट्राक 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., एम्फिसेमा, फेफड़ों की दूसरी बीमारियाँ? | 46. | हाँ | नहीं | बी.डी. या नि गतिरोग (उपदंश या मूजाक)? |
| 36. | हाँ | नहीं | हेपाटाइटिस या नि यकृत शोथ या कलेजे की दूसरी बीमारियाँ? | 47. | हाँ | नहीं | हर्पीज या नि विमर्षिका? |
| 37. | हाँ | नहीं | पेट की दिक्कतें, अल्सर? | 48. | हाँ | नहीं | गुर्दा या मूत्राशय की बीमारी? |
| 38. | हाँ | नहीं | किमी दवा, खाने की चीज, लेटेक्स में एलर्जी या नि प्रयुक्तता? | 49. | हाँ | नहीं | थायरॉइड, एंड्रोनल बीमारी? |
| 39. | हाँ | नहीं | परिवार में डायबिटीज, दिल की बीमारी, ट्यूमर का इतिहास? | 50. | हाँ | नहीं | डायबिटीज? |

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 | मर्जी या नि ऑपरेशन? |
| 54. | हाँ | नहीं | दिल के लिए कृत्रिम वाल्व? | 59. | हाँ | नहीं | पंगमकर? |
| 55. | हाँ | नहीं | कृत्रिम जोड़? | 60. | हाँ | नहीं | कॉन्टैक्ट लेन्ज? |

V. क्या आप ले रहे हैं:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|------|---|-----|-----|------|---------------------------|
| 61. | हाँ | नहीं | नशा के लिए ड्रग? | 63. | हाँ | नहीं | किमी भी तगिके में तम्याक? |
| 62. | हाँ | नहीं | ड्रग, दवा, वरिग नुस्खे की दवाईयाँ (एग्जिन 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 गर्म निरोधक ले रही हैं? |
|-----|-----|------|--|-----|-----|------|---------------------------------|

VII. सारे मरीज:

67. हाँ नहीं क्या आपको कोई ऐसी बीमारी या चिकित्सकीय दिक्कत हुई है जिसके बारे में इस फार्म पर कोई जिक्र 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 मेहत और/या दवा में कोई परिवर्तन आया तो मैं अपने डेंटिस्ट या नि दांतों के डॉक्टर को सूचित कर दूंगा।

मरीज के हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____

फिर से सुझाव देने की जांच प्रक्रिया:

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