



# दिशा आरोग्य धाम संस्थान

जी -2, हनुमंत अपार्टमेंट , 12- शंकर विहार (सैनी कृषि फार्म के पास)  
केडिया पैलेस रोड न.1, मुरलीपुरा, जयपुर -302039 (राजस्थान)  
79768089877, 9034100716

Affix Your  
Recent  
Colored  
Passport Size  
Photo

Email:-dishaf19@gmail.com Web: - [www.dishaarogyadham.org](http://www.dishaarogyadham.org) / [www.dad.hospital](http://www.dad.hospital)

## रोगी प्रपत्र

दिनांक: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

आयु: \_\_\_\_\_ लिंग:  स्त्री  पुरुष

संक्षेप में अपने वर्तमान लक्षणों का वर्णन करें

कृपया इस समस्या के लिए दिखाए गए अन्य चिकित्सक का वर्णन करें:

### व्यक्तिगत जानकारी

वैवाहिक स्थिति :  अविवाहित  विवाहित  तलाकशुदा  अलग  विधवा  साझेदार / अन्य

आपका वर्तमान या पिछले व्यवसाय क्या है?

क्या आप अभी कार्यरत हैं? :  हाँ  नहीं

क्या आप विकलांग हैं?  हाँ  नहीं

यदि हां, किस विकलांगता और कैसे?

क्या आपके जन्म के साथ समस्याएं थीं? (उल्लिखित करें)

## पिछली चिकित्सा जानकारी

<input type="checkbox"/> मधुमेह	<input type="checkbox"/> पेट या पाचक अल्सर	<input type="checkbox"/> हार्मोन असंतुलन	<input type="checkbox"/> गुर्दे की पथरी
<input type="checkbox"/> जिगर की बीमारी	<input type="checkbox"/> प्रदर	<input type="checkbox"/> नसों का दर्द	<input type="checkbox"/> कैंसर (प्रकार)
<input type="checkbox"/> गर्भावस्था की जटिलताएँ	<input type="checkbox"/> मिर्गी (दौरे)	<input type="checkbox"/> बच्चेदानी की रसौली	<input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस
<input type="checkbox"/> आटिज्म	<input type="checkbox"/> सोरायसिस	<input type="checkbox"/> गुर्दे की बीमारी	<input type="checkbox"/> माइग्रेन
<input type="checkbox"/> उच्च रक्त चाप	<input type="checkbox"/> अनियमित माहवारी	<input type="checkbox"/> एचआईवी / एड्स	<input type="checkbox"/> रीढ़ की हड्डी में चोट
<input type="checkbox"/> शून्य शुक्राणु	<input type="checkbox"/> रक्ताल्पता	<input type="checkbox"/> अनचाहे बाल महिलाएं	<input type="checkbox"/> बांझपन
<input type="checkbox"/> गर्भाशय योनि भ्रंश	<input type="checkbox"/> दमा	<input type="checkbox"/> साइनस	<input type="checkbox"/> जोड़ों का दर्द
<input type="checkbox"/> सिलिकोसिस	<input type="checkbox"/> नपुंसकता	<input type="checkbox"/> प्रोस्टेट	<input type="checkbox"/> पीलिया

अन्य चिकित्सा स्थितियाँ

## नशीले पदार्थ का उपयोग

ड्रग श्रेणी (पदार्थ का इस्तेमाल)	किस उम्र से आप इसका इस्तेमाल कर रहे हैं:	आपने इसका कितना और कितनी बार उपयोग किया?	आपने इसका कितना सालों इस्तेमाल किया?	आखिरी इस्तेमाल कब किया	क्या आप वर्तमान में इसे इस्तेमाल करोगे?
शराब:					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
भांग : गाँजा , चरस , हैश तेल					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
विशेषकर मदिरा /कोकीन					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शक्ति बढ़ानेवाली दवा :					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
उत्तेजक औषधि :					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शांतिदायक दवा:					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शामक/कृत्रिम निद्रा/ औषधि					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
हेरोइन					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
भांतिजनक औषधि :					हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>

अन्य नशीले पदार्थ :)

अन्य चिकित्सा स्थितियों के बारे में (कृपया सूचित):

चिकित्सक    हस्ताक्षर