|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **पृष्‍ठ १** **healthfirst.jpg****होम्योपैथिक केस रिकॉर्ड फार्म (वयस्‍क)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****पृष्‍ठ २** **होम्योपैथिक केस रिकॉर्ड फार्म ( वयस्क के लिए )****कृपया पर्चा भरने से पहले इसे पढ़ लें** हमारे सभी प्रयास आपके लिए सर्वश्रेष्‍ठ संभावित दवाओं का चयन करने पर केन्द्रित हैं। इस कार्य को करने के लिए हमें आपके सहयोग की आवश्‍यकता है। होम्‍योपैथिक दवा का चयन मुख्‍य तौर पर आपके द्वारा बताए गए लक्षणों के आधार पर किया जाता है। यदि हमें आपको दवाओं का एक सफल नुस्‍खा बताना है तो इसके लिए जरूरी है कि हमें आपके रोग की संपूर्ण जानकारी मुहैया कराई जाए। हमारे लिए एक व्‍यक्ति के रूप में आपकी सभी खूबियों को समझना भी जरूरी होगा। इनमें विभिन्‍न कारकों के प्रति आपकी प्रतिक्रिया, आपकी पिछली और फेमिली हिस्‍ट्री और आपकी दिमागी हालत शामिल हैं। यह सूचना हमें उस उपचार को चुनने में हमारी मदद करती है जो आपकी बीमारी को दूर करती है। दवा आपको एक संपूर्ण व्‍यक्ति के रूप में भी स्‍थापित करती है। आपके बारे में पूरी जानकारी जुटाने के लिए हम आपसे कई सवाल करने जा रहे हैं। इन सभी सवालों का हमारे लिए एक निश्चित अर्थ और महत्‍व है। इसमें ऐसा एक भी सवाल ऐसा नहीं है जिसका हमारे लिए कम महत्‍व हो। यहां तक कि ऐसी कोई चीज हो सकती है जो आपकी राय में आपकी समस्‍या से संबंधित नहीं हैं मगर यह हमारे लिए होम्‍योपैथी की सही दवा का चयन करने के लिए अत्‍यंत महत्‍वपूर्ण कारक हो सकता है। यही वजह है कि आपको प्रत्‍येक बिंदु पर हमें पूरी संभावित सूचना निष्‍पक्ष और स्‍वतंत्र भाव से देनी चाहिए। कृपया प्रत्‍येक सवाल को पहले ध्‍यान से पढ़े, उस पर मनन करें, यदि जरूरी हो तो अपने किसी करीबी से परामर्श करें और फिर पूरा जवाब दें। मस्‍या ो आपकी राय आपकी राय में हमसे कुछ छिपाएं नहीं। याद रखिये, आप हमें जो भी सूचना दें उसे पूरी तरह से गुप्‍त रखा जाएगा। हमें आपके द्वारा मुहैया कराई गई सूचना का इस्‍तेमाल अपनी आंतरिक अनुसंधान या सांख्यिकीय प्रयोजन के लिए करने का अधिकार है।अपने उद्देश्‍यों को पूरा करने और बेहतर ढंग से प्रयास करने के लिए हमें आपके बहुमूल्‍य फीडबैक और सहयोग की आवश्‍यकता है ताकि हम होम्‍योपैथी का और विकास कर सकें। **प्रश्‍नावाली के ७ खंड हैं :**1. आपकी मुख्‍य समस्‍या/ शिकायतों का विवरण।
2. आपकी पिछली बीमारी, टीकाकरण का विवरण और विकासात्‍मक हिस्‍ट्री। इसमें परिवार के सदस्‍यों की मेडिकल हिस्‍ट्री के विवरण भी शामिल हैं। कृपया इस खंड के सवालों का जवाब देने के लिए समय लें और अपने परिवार के सदस्‍यों की मदद लें।
3. निजी हिस्‍ट्री में आपकी समस्‍त ऐलर्जी, लत, पसंद, नापसंद आदि शामिल हैं।
4. आपके स्‍वास्‍थ्‍य को प्रभावित करने वाले कारकों का समाधान करना। कृपया प्रत्‍येक कारक के बारे में ध्‍यानपूर्वक विचार करें और बताएं कि इन कारकों का आप पर क्‍या प्रभाव पड़ा है।
5. अपनी मानसिक स्थिति और भावनात्‍मक स्‍वभाव के बारे में। कृपया इस खंड में जिंदगी में अपनी स्थिति के बारे में लिखें और उन सभी चीजों के बारे में लिखें जो आपको परेशान कर रही हैं। कृपया निष्‍पक्ष और खुलकर अपने जवाब दें।
6. बचपन में आप कैसे थे
7. शरीर के प्रभावित अंग

**कृपया इस फार्म के साथ संलग्‍न करें:**  **१.** आपकी सभी मेडिकल रिपोर्ट और आपके स्‍वास्‍थ्‍य के संबंध में आपके चिकित्‍सक की राय। **२.** हाल में की गई जांचों की प्रतियां जैसे C.B.C., ESR, U.S.G, एक्‍सरे, इलेक्‍ट्रोकार्डियोग्राम आदि। **३.** कृपया बताएं कि क्‍या आपने पहले कोई होम्‍योपैथिक दवा ली है। इन दवाओं की प्रतिक्रिया सहित इनके नाम हमें बताएं (यदि आपको इनकी जानकारी है तो)। **पृष्‍ठ ३****गोपनीय**केस आईडी:­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तारीख:नाम: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(पहले कुलनाम लिखें)जन्‍म तिथि: आयु:लिंग: पुरुष/ महिला (√)पता:टेलीफोन (घर का):मोबाइल:ईमेल:धर्म: आहार: शाकाहारी/ मांसाहारी (√)वैवाहिक स्थिति: अविवाहित / विवाहित/ तलाकशुदा/ विधवा (√)शिक्षा :पेशा/ व्‍यवसाय (कार्य की प्रकृति):संगठन/ कंपनी का नाम:कार्यालय का पता: टेलीफोन (कार्यालय का):राष्‍ट्रीयता: बोलचाल की भाषा: हमारे पास भेजने वाले व्‍यक्ति का नाम (डॉ./ श्री/ श्रीमती/ सुश्री): **पृष्‍ठ ४****मौजूदा रोग का विवरण**होम्‍योपैथी में दवा का नुस्‍खा, जिस रोग से आप पीडि़त हैं उसके विभिन्‍न लक्षणों की सटीक जानकारी पर आधारित होता है। समस्‍या का उल्‍लेख करने भर से अच्‍छा नुस्‍खा नहीं लिखा जा सकता। कृपया आपकी समस्‍या को समझने में हमारी मदद करने के लिए नीचे दिए निर्देशों का पालन करें। याद रखें कि दवा के नुस्‍खे की सफलता इस बात पर बहुत ज्‍यादा निर्भर करती है कि आप अपने लक्षणों के बारे में कितनी स्‍पष्‍टता से हमें बताते हैं। हमें आपकी समस्‍या के बारे में निम्‍नलिखित विवरण की आवश्‍यकता होगी: आपकी समस्‍या क्‍या है?आप इस समस्‍या से कब से पीडि़त हैं? **स्‍थान: कृपया अहसास, दर्द या फुन्सियों की सही जगह बताएं। कृपया यह भी बताएं कि दर्द या अहसास कहां की ओर फैलता है।** **कृपया नीचे दिए शरीर के अंगों में अपनी समस्‍या को चिन्हित करें।**स्‍पंदनशील दर्द (सिर फट जाएगा या घड़कन जैसा )चेहरे का अग्र भाग शरीर का पिछला हिस्‍सा (आप प्रत्‍येक अंग के सामने उससे जुड़ी समस्‍या को लिख कर शरीर के अन्‍य प्रभावित अंगों को भी चिन्हित कर सकते हैं, जैसे सिर-दर्द) बायां **चेहरा** **दायां चेहरा**  **पृष्‍ठ ५****संवेदना:** संवेदना या दर्द की किस्‍म के बारे में अपने शब्‍दों में बताएं। संवेदना या दर्द, जिसका आप अहसास कर रहे हैं, उसके बारे में बताएं। **इसके उत्‍पन्‍न होने का कारण:**  क्‍या आप मौजूदा रोग के लिए जिम्‍मेदार किसी खास परिस्‍थति, मानिसक परेशानी, घटना या दुर्घटना की पहचान कर सकते हैं? (जैसे शॉक, चिंता, गलत खानपान, अत्‍यधिक श्रम, ठंड, गर्मी में अधिक देर तक रहना आदि) आपकी समस्‍या को प्रभावित करने वाले कारक कौन से हैं? जैसे मौसम, आहार, दबाव, चिंता या कोई अन्‍य कारण। (कृपया कारकों की विस्‍तृत सूची देखने के लिए पृष्‍ठ २२ और २**३** पर खंड **४** देखें)। कृपया बताएं कि प्रत्‍येक कारक किस हद तक आपको प्रभावित करता है, क्‍या यह परेशानी को बढ़ाता है या कम करता है और यह आपकी परेशानी को कितना प्रभावित करता है। जैसे धूप में थोड़ी देर के लिए जाने पर भी सिरदर्द बढ़ जाता है और सिर को दबाने से इसमें आराम मिलता है। **पृष्‍ठ ६** **मुख्‍य शिकायतों से इतर शिकायतों के मामले में कृपया नीचे दी गई सूचीपत्र में विवरण भरें**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्रम संख्‍या** | **शिकायत किस हिस्‍से से संबंधित है?** | **आपको कैसा महसूस होता है?** | **वे कौन से कारक हैं जो इस शिकायत को ठीक करते हैं या खराब करते हैं?** | **इस शिकायत से संबंधित अन्‍य शिकायत या लक्षण** |
|  |  |  |  |  |

**पृष्‍ठ** ७**अतीत और फेमिली हिस्‍ट्री**प्रत्‍येक बीमारी, विषाक्‍तता, दवा या दुर्घटना अपनी छाप छोड़ जाती है और हमारे तंत्र में एक कमजोर कड़ी बनी रहती है तथा हमारी कल्‍पना से बढ़कर हमारे ऊपर असर डालती है। होम्‍योपैथिक उपचार में अतीत की इन सब जानकारियों का ध्‍यान रखा जाता है, सारी कमजोर कडि़यों को दूर करके आपके शरीर को मजबूत किया जाता है। इसलिए हमारे लिए आपकी सभी पूरानी बीमारियों और आपके द्वारा लिए गए उपचार के बारे में जानना अत्‍यंत जरूरी है। नीचे दी गई सूची में उन सभी प्रमुख बीमारियों पर गोला लगाएं जिनसे आप अभी तक पीडि़त रहे हैं और अगले पृष्‍ठमें उनका विवरण दें।

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| टाइफाइडहैजाखाद्य विषाक्तताकीड़ेदस्तपेचिश | खसराजर्मन मीज़ल्सचिकन-पॉक्‍स चेचकगलसुआकाली-खाँसी | मलेरियापीलियाजिगर, तिल्ली यापित्ताशय रोग | गर्भपातभ्रूण हत्‍याक्‍यूरेटिंग गर्भावस्था, आदि के दौरान बीमारीगर्भाशय के भ्रंश  |
| कुपोषणसूखा रोगगठियापीठ दर्द | उपदंश, सूजाक जैसा कोई यौन रोग | दिल की कोई समस्‍या,रक्तचाप, चक्कर | नेफ्रैटिस (किडनी या मूत्र की समस्‍या), मधुमेह आदि।प्रोस्टेट की परेशानी |
| कोई ऑपरेशन जैसे; टॉन्सिल, पेट, एपेन्डिक्‍स, हर्निया, बवासीर, गर्भाशय, गुर्दे पथरी, पित्त की पथरी, हाइड्रोसिल, मोतियाबिंद आदि। एनेस्थिशिया का तरीका: संपूर्ण शरीर/ कोई अंग | गलघोंटू, टॉन्सिल, एडीनोड्स आवर्तक संक्रमण - साइनसाइटिसब्रोंकाइटिस – इओसिनोफिला, शीत - बुखार, ठंडअस्थमा - टी.बी. | कोई गंभीर शॉक, दु:ख, निराशा, भय, मानसिक परेशानी, हताशा या मानसिक रूप से टूट जाना  |
| पुराना सिरदर्द, स्तब्ध हो जाना, ऐंठन, दौरे पड़ना,पक्षाघात आदि। पोलियो, मेनिनजाइटिस- कमर से पानी निकालना  | शरीर या सिर पर कोई बड़ी चोट या दुर्घटना । कोई बेहोशी का मामलाशरीर के किसी भी हिस्से से खून बहने की कोई बड़ी घटना | त्वचा रोग जैसे - मुँहासे, फोड़े,दाद, खुजली, एक्जिमा, सोरायसिस, शरीर के किसी भी हिस्से पर पित्ती, एलर्जी आदि। |

**पृष्‍ठ** ८**आपकी पिछली बीमारी का विवरण**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्रम संख्‍या**  | **बीमारी, जिसे पीडि़त हैं**  | **आयु (अनुमानित)**  | **अवधि**  | **ली गई दवा**  | **पूरी तरह से ठीक हुए या नहीं**  | **कोई अन्‍य विवरण**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

किसी अन्‍य दवा, टॉनिक, उत्‍तेजक दवा आदि का उल्‍लेख करें जिसका आपने जीवन में कभी न कभी इस्‍तेमाल किया है। **पृष्‍ठ** **९** **फेमिली हिस्‍ट्री** कृपया दी गई सूची को पढ़ने के बाद नीचे दी गई सारणी को भरें। मुख्‍य रोगों की सूची- रक्ताल्पता, कैंसर, मधुमेह, पागलपन, गठिया, टीबी / कुष्ठ रोग, मिर्गी / दौरे पड़ना, खून बहने की प्रकृति, पित्ती, एक्जिमा, अस्थमा, पक्षाघात, उच्च रक्तचाप, हृदय रोग, गुर्दा रोग, यकृत रोग, आदि।

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **संबंध** | **जीवित/ मृत** | **आयु** | **रोग, जिससे पीडि़त हैं** | **इस रोग से कब से पीडि़त हैं** | **मृत्‍यु का कारण** |
| दादा  |  |  |  |  |  |
| दादी  |  |  |  |  |  |
| नाना  |  |  |  |  |  |
| नानी  |  |  |  |  |  |
| पिता  |  |  |  |  |  |
| मां  |  |  |  |  |  |
| भाई  |  |  |  |  |  |
| बहन  |  |  |  |  |  |
| चाचा  |  |  |  |  |  |
| चाची  |  |  |  |  |  |
| मामा  |  |  |  |  |  |
| मामी  |  |  |  |  |  |
| पिता की ओर से चचेरा भाई और बहन  |  |  |  |  |  |
| मां की ओर से चचेरा भाई और बहन  |  |  |  |  |  |
| क्‍या आपका कोई रिश्‍तेदार भी आप वाले रोग से पीडि़त है  |  |  |  |  |  |

(यदि विवाहित हैं) तो आपके पति/पत्‍नी का स्‍वास्‍थ्‍य कैसा है?***पृष्‍ठ*** १०बच्‍चों की संख्‍या: जीवित या मृत। यदि जीवित नहीं हैं तो मृत्‍यु के कारण का उल्‍लेख करें। कृपया बच्‍चों की आयु और उनके स्‍वास्‍थ्‍य की स्थिति के बारे में भी बताएं।

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्रम संख्‍या** | **बच्‍चे का नाम** | **आयु** | **पुरुष/ महिला** | **बीमारी, जिससे पीडि़त हैं** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**विकासात्‍मक हिस्‍ट्री**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **माइलस्‍टेान**  | **आपने किस उम्र में शुरू किया था**  | **समस्‍या**  |
| दांत निकलना  |  |  |
| बैठना शुरू करना  |  |  |
| खड़ा होना  |  |  |
| सहायता से चलना  |  |  |
| बिना सहारे चलना  |  |  |
| बोलना  |  |  |
| मूत्र पर नियंत्रण  |  |  |

क्‍या आपकी वृद्धि और विकास में कोई और समस्‍या भी आई थी?**पृष्‍ठ ११टीकाकरण हिस्‍ट्री**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **क्रम संख्‍या**  | **लगाया गया टीका**  | **आयु**  | **टीकाकरण के बाद कोई शिकायत**  | **अवधि (वे कितनी अवधि तक रहे)**  | **कोई अन्‍य विवरण**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

कोई और चीज जिसका आप उल्‍लेख करना चाहते हैं। ***पृष्‍ठ* १२निजी हिस्‍ट्री** **ऐलर्जी हिस्‍ट्री** क्‍या आप किसी ऐलर्जी से पीडि़त हैं, यदि हां तो कृपया उल्‍लेख करें। यदि कोई विशेष ऐलर्जी टेस्‍ट कराया गया है तो कृपया उसके बारे में उल्‍लेख करें और अपनी जांच रिपोर्ट संलग्‍न करें। **व्‍यसन** आपको किसी तरह के पदार्थ की लत है, जैसे शराब या अन्‍य पेय पदार्थ, इंटरनेट, शॉपिेंग या कोई ड्रग जैसे धूम्रपान, तंबाकू, सुपारी, पान, भांग, शराब, एलएसडी, मारिजुआना, कोकीन आदि?**भूख और प्‍यास** आपकी भूख कैसी है?आपको भूख कब लगती है? जब आप ज्‍यादा देर तक भूखे रहते हैं तो क्‍या होता है? क्‍या आपको जल्‍दी-जल्‍दी खाने की आदत है? आपको कितनी प्‍यास लगती है? आप कितनी बार और कितनी मात्रा में पीते हैं? **पृष्‍ठ १३****यदि आप भोजन को पसंद / नापसंद करते हैं या आप आहार से असहमत हैं तो एक जमा का निशान (+) लगाएं और यदि आप भोजन को बहुत ज्‍यादा पसंद / नापसंद करते हैं या आप इससे काफी अधिक असहमत हैं तो दो जमा के निशान (+ +) लगाएं। कृपया किसी अन्‍य खास भोजन या पेय पदार्थ का उल्‍लेख करें, जिसे आप वास्‍ताव में चाहते हैं या पसंद करते हैं ।**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **आहार**  | **पसंद है**  | **नापसंद है**  | **असहमत**  |  | **आहार**  | **पसंद है**  | **नापसंद है**  | **असहमत**  |
| नमकीन |  |  |  | गोभी  |  |  |  |
| कड़वा  |  |  |  | प्‍याज  |  |  |  |
| मसालेदार  |  |  |  | चाय  |  |  |  |
| खट्टा  |  |  |  | कॉफी  |  |  |  |
| मीठा  |  |  |  | दूध  |  |  |  |
| असाधारण  |  |  |  | दही  |  |  |  |
| ब्रेड  |  |  |  | फल  |  |  |  |
| मक्‍खन  |  |  |  | गरम भोजन  |  |  |  |
| पनीर  |  |  |  | ठंडा भोजन |  |  |  |
| अंडे  |  |  |  | बर्फ |  |  |  |
| चिकन  |  |  |  | आईसक्रीम |  |  |  |
| रेड मीट  |  |  |  | कोई अन्‍य भोजन |  |  |  |
| सुअर का मांस  |  |  |  |  |  |  |  |
| मछली  |  |  |  |  |  |  |  |
| [चर्बीदार](http://en.bab.la/dictionary/hindi-english/%E0%A4%9A%E0%A4%B0%E0%A5%8D%E0%A4%AC%E0%A5%80%E0%A4%A6%E0%A4%BE%E0%A4%B0)/ तला हुआ भोजन  |  |  |  |  |  |  |  |

**पृष्‍ठ १४****मूत्र** क्‍या आपको पेशाब की कोई समस्‍या है? पेशाब में किसी प्रकार की कोई तेज दुर्गन्‍ध? यह किस तरह की है? प्रवाह में कोई दिक्‍कत? शुरू में धीमा, बीच में रुकना, कमजोर, टपकना आदि? **मल**क्‍या आपको अपने मल के संबंध में कोई समस्‍या है? आप दिन में कब और कितनी बार मल पास करते हैं? क्‍या आप मल पास होने के बाद संतुष्टि अनुभव करते हैं? क्‍या यह बहुत जल्‍दी आती है? क्‍या आप मल पास करने में तनाव महसूस करते हैं? इसके मुलायम होने पर भी? **पसीना**आपको कितना पसीना आता है? आपके शरीर के किस हिस्‍से में सबसे अधिक पसीना आता है? क्‍या पसीने में कोई दुर्गन्‍ध आती है? यह किस तरह की होती है? क्‍या कपड़ों पर पसीने के दाग लगते हैं? किस रंग के? पसीना निकलने के बाद कोई शिकायत? क्‍या आपके हथेली और तलओं में पसीना आता है? **पृष्‍ठ १५****बुखार- सर्द** आपको बुखार या सर्द कब आता है? यह किस कारण होता है? बुखार में कौन सा हिस्‍सा गर्म लगता है? सर्द में किसी हिस्‍से में ठंड लगती है? क्‍या आपको किसी समय विशेष पर अपने शरीर के किसी भाग में ताप या ठंड का अहसास होता है? क्‍या आपको अपनी हथेलियों या तलओं में जलन या ताप या ठंड का अहसास होता है? **नींद** सोने के दौरान अपनी मुद्रा का वर्णन करें। (जैसे पीठ, पेट के बल या करवट लेकर) क्‍या आप किसी मुद्रा में असहज महसूस करते हैं? आपकी नींद का पैटर्न कैसा है?क्‍या आप नींद के दौरान खर्राटें लेना/ लार टपकना / पसीना आना/ मुंह खुला रखना/ चलना/ बोलना/ विलाप करना/ रोना/ बेचैन होना/ झटके से उठते जैसी समस्‍याओं से पीडि़त हैं।? अपनी नींद के बारे में कोई भी असामन्‍य बात बताएं। आप किसी भाग को कितना ढकते/ खुला छोड़ते हैं?  **पृष्‍ठ १६****सपनें****आपको कैसे सपने आते हैं, उन पर गोला लगाओ**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| पशुबिल्लीकुत्तेंघोड़ाजंगली जानवरसांप | लुटेरेचोरचिंतितभयभीतभूत | यात्राघुड़सवारीउड़ानतैरना डूबना | मकानफलपेड़पानीबर्फ |
| मौत, किसकी?शवमृत व्यक्तिशरीर के अंगआत्महत्या | भूख होना प्यासा होना शराब पीनाभोजन करना | आगबिजलीतूफानबारिश | दुर्घटनागिरनागोलीबारीयुद्ध |
| बात करनागायननृत्य करना सुखद | व्यापारधनदिन का कामभूला हुआ काम  | उल्टीमल करना पेशाबखून बहना मैला गंदा करना  | रूमानीयौन सुखबलात्कारनंगापन |
| दर्दबीमारीरोगविकृति | प्रार्थनाधार्मिकमंदिरचर्चभगवान | विफलता / परीक्षाअसफल प्रयास:- किस लिए?**-** रेलगाड़ी छूट जाना- बिना तैयारी के  | शोकरोनाखीजझगड़ेईर्ष्याअपमान |
| पुलिसकारावासअपराधहत्यामारनाजहर | बदकिस्मतीअसुरक्षाखतरापीछा किया जाना - किसके द्वारा?- किस लिए? | लोगों केबच्‍चेदलभोजशादी | घटनाओं के;- पूर्व की- वर्तमान का- भविष्य- पूर्वकथित |
| शारीरिक श्रम/ मा‍नसिक तनाव/ थकान |

यदि कोई अन्‍य हो तो उसका उल्‍लेख करें। **पृष्‍ठ १७****यौन विषय** संभोग के बाद आप कैसा महसूस करते हैं? कोई खास अहसास या लक्षण जो संभोग से पहले, दौरान या बाद में प्रकट होते हैं? संभोग के लिए कोई नापसंदगी या घृणा? आपमें सेक्‍स की इच्‍छा बढ़ी है या कम हुई है? क्‍या आप हस्‍तमैथुन करते हैं? आप दिन/ हफ्ते में कितनी बार करते हैं? इसके प्रभाव क्‍या हैं? क्‍या आप किसी यौन समस्‍या से पीडि़त हैं? विगत या वर्तमान में सेक्‍स में कोई व्‍यसन? कोई समलैंगिक झुकाव? क्‍या आप यौन संचारित रोग जैसे उपदंश, सुजाक, दाद, एचआईवी आदि से पीडि़त रहे हैं? यौन अंगों का कोई आवर्तक संक्रमण? परिवार नियोजन के लिए आप किस तरीके (गर्भनिरोधक) का इस्‍तेमाल करते हैं? **पुरुषों के लिए** क्‍या आपको उत्थापन मे कोई कठिनाई है? क्‍या आप कमजोर उत्थापन, या उत्थापन में विफलता से पीडि़त हैं? वर्णन करें। **पृष्‍ठ १८**क्‍या आप शीघ्रपतन की समस्‍या से पीडि़त हैं? नींद में वीर्य उत्‍सर्जन की कोई शिकायत?**महिलाओं के लिए** संभोग से पहले, दौरान या बाद में योनि में सूखापन, खुजली, बेचैनी, रक्‍तस्राव, जलन या दर्द? संभोग के बाद पेट में कोई दर्द? **मासिक धर्म की हिस्‍ट्री**:-आपको किस उम्र में मासिक धर्म शुरू हो गया था? मासिक धर्म कैसा था-नियमित या अनियमित ?क्‍या आपको कोई समस्‍या थी?आपका मासिक चक्र कितने दिनों का होता था? मासिक धर्म का प्रवाह? **अवधि (दिन)**: प्रवाह की मात्रा (जैसे अत्‍यधिक, अल्‍प, मध्‍यम): प्रवाह का रंग: प्रवाह से कोई गंध, यदि कोई हो: **पृष्‍ठ १९**दाग, यदि कोई हो (दाग का रंग): क्‍या दाग आसानी से नहीं धुल रहे हैं?क्‍या आपको मासिक धर्म से पहले, दौरान या बाद में कोई परेशानी है? यदि हां तो वर्णन करें। यदि रजोनिवृत्ति की‍ स्थिति है तो उस का उल्‍लेख करें। उस समय कोई परेशानी हुई थी? रजोनिवृत्ति के दौरान क्‍या आपने किन्‍हीं लक्षणों का अनुभव किया था? क्‍या कोई सफेद स्राव होता है? यदि हां तो सफेद स्राव की प्रकृति, रंग, गाढ़ापन और गंध के बारे में बताएं।  कब और किन परिस्थितियों में यह अधिक या ज्‍यादा होता था? क्‍या सफेद स्राव का मासिक धर्म से कोई सबंध है? सफेद स्राव के कारण कोई खुजली, जलन आदि?क्‍या आपको योनि से गैस पास होती है? स्‍तनों के संबंध में कोई समस्‍या?**प्रसूति हिस्‍ट्री** **गर्भावस्‍था का विवरण** आपने कितनी बार गर्भधारण किया है? कितनी बार आपकी गर्भावस्‍था ७ महीने या उससे अधिक समय की रही है? **पृष्‍ठ २०**बच्‍चा गिराने/ गर्भपात की कोई हिस्‍ट्री? यदि हां तो गर्भावस्‍था के कौन से महीने में? और इसका क्‍या कारण था? गर्भावस्‍था के दौरान कोई समस्‍या जैसे मतली, उल्‍टी आदि? गर्भावस्‍था के दौरान किसी भोजन/ पेय पदार्थ के प्रति रूचि/ अरूचि ? गर्भावस्‍था के दौरान आपकी मानसिक स्थिति कैसी थी? जांच के दौरान पता लगी कोई भ्रूण संबंधी विषमता? प्रसव आपका कितनी बार प्रसव हुआ है? आपका प्रसव पूर्ण गर्भकाल/ पहले/ विलंब से हुआ है? क्‍या आपके प्रसव सामान्‍य थे? क्‍या ये सीजेरियन सेक्‍शन/ फॉरसप्‍स/ वैक्‍यूम प्रसव थे? कारण? **स्‍तनपान कराने की हिस्‍ट्री** क्‍या आपने स्‍तनपान कराया था? यदि हां, तो कितने समय तक? उक्‍त अवधि के दौरान की कोई समस्‍या? अपने प्रसव के कितने समय बाद आपका मासिक धर्म फिर से शुरू हो गया था? **पृष्‍ठ २१****आपको प्रभावित करने वाले कारक**यह खंड सबसे महत्‍वपूर्ण है। इसे जल्‍दबाजी में न पढे़। लिखने से पहले समग्र स्‍वास्‍थ्‍य और खासकर समस्‍याओं पर प्रत्‍येक कारक के प्रभाव के बारे में ध्‍यान से विचार करें (यह बढ़ती है/ कम होती है या किसी खास तरीके से समस्‍या को प्रभावित करती है) : जैसे उदाहरण के लिए कारक सूर्य को लेते हैं। मान लीजिए धूप में जाने से आपको सिरदर्द हो जाता है, 'सूर्य' के सामने 'सिरदर्द' लिखें।

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **कारक**  | **प्रभाव**  | **कारक**  | **प्रभाव** |
| गर्म मौसम |  | संगीत |  |
| ठंड का मौसम  |  | गंध |  |
| बरसात का मौसम |  | तेज खुशबू |  |
| धुंधला मौसम |  | रोशनी |  |
| मौसम बदलना  |  | धूल |  |
| गर्जन के साथ ऑधी |  | धुआं |  |
| ढकना |  | प्रकाश |  |
| गुनगुने पानी से स्नान |  | स्पर्श |  |
| सूर्य |  | दबाव |  |
| पंखा |  | चुस्त / ढीले कपड़े |  |
| एयर कंडीशन  |  | ऊँची जगह  |  |
| शीत स्नान |  | सीमित जगह |  |
| बस, कार आदि की सवारी करना |  | खुली हवा |  |
| लेटना |  | हवा का झोंका |  |
| सिर नीचे करके लेटना  |  | कब्ज़ |  |
| पीठ के बल लेटना  |  | मूत्र से पहले |  |
| बाईं करवट लेटना  |  | मूत्र के दौरान |  |
| दाईं करवट लेटना  |  | मूत्र के बाद |  |
| पेट के बल लेटना  |  | मासिक धर्म से पहले |  |
| दौड्ना  |  | मासिक धर्म के दौरान |  |
| घूमना |  | मासिक धर्म के बाद |  |
| सीढ़ियां चढ़ना |  | पसीने के बाद |  |
| सीढि़यां उतरना |  | उपवास के दौरान |  |
| बैठना |  | खाने के बाद |  |
| सीधे बैठना |  | शराब पीने के बाद |  |
| खड़ा होना |  | संभोग के बाद |  |
| ऊपर देखना |  | धूल |  |
| नीचे देखना |  | मालिश |  |
| किसी ऊंचे स्‍थान से देखना |  | नींद के पहले |  |
| हिलती चीज को देखना |  | नींद के दौरान |  |
| शोर |  | नींद के के बाद |  |
| अचानक आवाज |  | दोपहर में झपकी के बाद |  |

**पृष्‍ठ २२**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **कारक**  | **प्रभाव**  | **कारक**  | **प्रभाव** |
| नींद की कमी |  | नाक बहना  |  |
| मल से पहले |  | जब अकेले हो |  |
| मल के दौरान |  | किसी के साथ हों |  |
| मल के बाद |  | शारीरिक श्रम |  |
| खाँसी |  | डकार |  |
| छींकना |  | गैस पास करना |  |
| हंसी |  | बाल काटने के बाद |  |
| बोलना |  | बाल कंघी करना |  |
| पठन |  | दांत ब्रुश करना |  |
| लेखन |  | चांदनी |  |
| रुकना |  | मुंह खोलना |  |
| महत्वपूर्ण कार्य से पहले |  | धूम्रपान |  |
| परीक्षा से पहले |  | अंग फंसना |  |
| जब गुस्सा हो |  | हाथ उठाना |  |
| जब चिंतित हो |  | समुद्र के पास |  |
| जब दु: खी हो |  | हजामत बनाना |  |
| रोने के बाद |  | अँगड़ाई लेना |  |
| सांत्वना / सहानुभूति |  | निगलना |  |
| भीड़ में |  | दूसरों की बात सुनना |  |
| बंद कमरे में |  | उल्टी |  |
| बीमारी के बारे में सोचने पर |  | उबासी |  |
| काटना / चबाना |  | आंखें हिलाना |  |
| पूर्णमास |  | आँखें खोलना |  |
| अमावस्या |  | आँखें बंद करना |  |
| सुबह |  | पैर गीले करना |  |
| दोपहर  |  | ज्यादा खाना |  |
| शाम |  | पानी में कार्य करना |  |
| रात |  | कोई अन्‍य  |  |
| स्नान  |  |  |  |

**पृष्‍ठ २३****मन**आपकी भावनात्‍मक एवं बौद्धिक प्रकृति को समझने के लिए हम आपसे कुछ सवाल पूछेंगे। इनके जवाब निष्‍पक्षता, ध्‍यानपूर्वक पूरे दें। यह सूचना आपको सही दवा देने में हमारी मदद करेगी। इसके अलावा, दवा आपकी मानसिक स्‍तर को बेहतर बनाने में मदद करेगी। निष्‍पक्षता और बिना किसी दबाव के जवाब दें। 1. क्‍या आप चिंतित हैं?
2. क्‍या आपको किसी चीज जैसे जानवर, इन्‍सानों, अकेलेपन, अंधेरे, मृत्‍यु, बीमारी, लुटेरों, अकस्‍मात शोर, बिजली, भविष्‍य, किसी अज्ञात चीज, ऊँची जगह आदि से डर लगता है?
3. क्‍या आप आशंकित या अनिश्चित हैं? किसको लेकर?
4. आपको किस चीज से ईर्श्‍या है? किससे? जब आप ईर्श्‍यालु होते हो तो आप किन लक्षणों से पीडि़त होते हो?
5. आमतौर पर आप खुद को कैसे व्‍य‍क्‍त करते हो, जैसे धीमा/ मध्‍यम/ तीव्र गति?
6. किसी अन्‍य व्‍यक्ति द्वारा आपको पहुंचाई गई ठेस को आप कितने समय तक याद रखते हो?
7. क्‍या आप प्रतिशोधी हैं?
8. आपको किस बात पर गर्व है? क्‍या आपके गर्व को आसानी से ठेस पहुंचाई जा सकती है?
9. क्‍या आपने कभी आत्‍मघाती कदम उठाया है? कब? यदि हां तो आप अपनी जिंदगी को किस तरीके से समाप्‍त करने पर विचार करते हो? क्‍या उसके बाद से आपको मरने से डर लगता है?
10. आप खुश कब होते हो?
11. क्‍या आप कामुक सोच वाले हो?

**पृष्‍ठ २४**1. कभी कोई अनचाहा विचार? वे क्‍या थे?
2. क्‍या आपको कोई काल्‍पनिक अहसास या डर है?
3. आपकी याददाश्‍त कैसी है? यह किसी मामले में खराब है? जैसे नाम, स्‍थान, चेहरे, आपने जो पढ़ा है आदि।
4. क्‍या आप आसानी से चिढ़ जाते हो?
5. आपको किसी चीज पर गुस्‍सा आता है? क्‍या आप हिंसक हो जाते हो?
6. जब आप गुस्‍से में होते हो तो आपके हाव भाव कैसे हो जाते हैं? जैसे कांपना, पसीना आना।
7. क्‍या आप किसी का साथ पसंद करते हैं? या अकेला रहना पसंद करते हैं?
8. आप रोग और अपने आस-पास की गंदगी को गंभीरता से लेते हैं?
9. आपका सबसे बड़ा दु:ख क्‍या है जिससे आप जिंदगी में गुजरे हैं?
10. आपके लिए सबसे खुशी की बात क्‍या है जो आपको अपने जीवन में मिली है?
11. आप कौन से कार्य सबसे ज्‍यादा पसंद करते हैं?
12. क्‍याकोई ऐसी बात है जिसे आप सबसे ज्‍यादा नापसंद करते हैं?

**पृष्‍ठ २५**1. २४. जिंदगी में अपनी स्थिति और परिवार के प्रत्‍येक सदस्‍य, दोस्‍तों और कार्य पर सहकर्मियों के साथ अपने
2. संबंधों का स्‍पष्‍ट वर्णन करें?
3. २५. आपको अपना भविष्‍य कैसा दिखता है?
4. २६. जब आप खाली होते हैं तो आपके मन में कैसे विचार आते हैं?
5. २७. क्‍या आप अपनी किसी निजी, घरेलू, आर्थिक, सामाजिक या किसी अन्‍य स्थिति को लेकर चिंतित या
6. नाखुश हैं?
7. २८. आपकी तीन इच्‍छाएं क्‍या हैं?

**पृष्‍ठ २६****बचपन**1. एक बच्‍चे के रूप में अपने स्‍वभाव का वर्णन करें?
2. बचपन में आपको किस-किस चीज से डर लगता था?
3. आपके बचपन में बार-बार आने वाला कोई सपना?
4. बचपन की ऐसी कोई घटना, जिसने आप पर गहरी छाप छोड़ी हो?
5. क्‍या आपको अपनी मां की गर्भावस्‍था के दौरान उनकी हिस्‍ट्री के बारे में कुछ पता है?

**शरीर के प्रभावित अंग****निम्‍न के बारे में कोई शिकायत:** चक्‍कर: क्‍या आपको चक्‍कर आते हैं या आपका सिर घूमता है?**बेहोशी**: क्‍या आप कभी बेहोश हुए हैं? कब? **सिर**: क्‍या आपको सिरदर्द होता है? **आंखें और दृष्टि**: जैसे लालिमा,जलन, पढ़ने में दिक्‍कत अदि। **कान और सुनने की शक्ति**: जैसे कान में दर्द, सुनने में कठिनाई आदि।**नाक और सूंघने की शक्ति**: जैसे नाक से खून बहना, सूंघने में कोई परेशानी आदि। **पृष्‍ठ २७****चेहरा और चेहरे के हाव-भाव**: जैसे मुंहासे, रंजकता, तिल, मस्‍से आदि। **मुंह**: जैसे अल्‍सर, मुंह से दुर्गंध आदि। **दांत और मंसूड़े**: दंत क्षय, दागयुक्‍त दांत, मंसूड़ों से रक्‍तस्राव या मंसूड़ों में सूजन। **जीभ और स्‍वाद**: जैसे स्‍वाद की अनुभूति, कोई दरार, कोटिंग आदि। **होंठ**: जैसे फटे हुए, त्‍वचा निकलना आदि। **गला (टॉन्सिल सहित):** जैसे दर्द, निगलने में परेशानी, आवाज या बोलने में परेशानी आदि। **ज़ुकाम और खांसी**  क्‍या आपको अक्‍सर ज़ुकाम हो जाता है? किन कारकों से आमतौर पर ज़ुकाम होता है? ज़ुकाम के दौरान लक्षण, नाक बहने की प्रकृति आदि। क्‍या आपको खांसी होती है? खांसी किन कारणों से होती है? क्‍या यह किसी खास समय पर ज्‍यादा होती है?  **श्‍वसन** सांस लेने में कोई दिक्‍कत? यह कितने अंतराल पर होती है? यह दिक्‍कत किन कारणों से होती और कौन सी चीजें और बदतर/ ठीक करती हैं? पृष्‍ठ **२८****पीठ और अंग** क्‍या आपको पीठ, अंगों या जोड़ों की कोई शिकायत है? विस्‍तार से वर्णन करें। यदि आपके इन अंगों में दर्द होता है तो यह किसी ओर बढ़ता है या स्थान बदलता है? यह दर्द किन कारणों से होता है या इसे कौन सी चीजें अधिक बदतर/ ठीक करती हैं? क्‍या शरीर के किसी अंग में असामान्‍य सूजन, अकड़न, पक्षाघात है? **त्‍वचा** क्‍या आपको खुजली, अल्‍सर, मस्‍से, फोड़े, त्‍वचा निकलने, रंग बदलने, दाग की कोई समस्‍या है? यदि हां तो वर्णन करें। **नाखून**: क्‍या आपको नाखून या उसके आस-पास की त्‍वचा की कोई शिकायत या असामान्‍यता है? **बाल**: क्‍या आपको बालों की कोई समस्‍या जैसे बाल गिरना, सफेद होना, रूसी, सूखापन, तैलीय, अत्‍यधिक/ अधिक असामान्‍य वद्धि की शिकायत है?**सामान्‍य तोर पर**:क्‍या घाव भरने में अधिक समय लेते हैं? क्‍या चर्मगुल्‍म या मवाद जमने की प्रवृत्ति से परेशान हैं? क्‍या आपमें रक्‍तस्राव की प्रवृत्ति है?क्‍या आपको कंपन होती है? कब? क्‍या आपको कोई कमजोरी की अनुभूति है? यह कब ज्‍यादा होती है और इसके क्‍या कारण हैं? **पृष्‍ठ २९**कृपया इसी क्षण आपके मन में अनायास आने वाली चीज का चित्र बनाएं/ उसमें रंग भरे। या ऐसी कोई चीज जिसे आप बार-बार बनाते हैं। क्‍या आप अपने बारे में कुछ और बताना चाहते हैं जो इस प्रश्‍नावली में शामिल नहीं हो पाई है? कृपया इस फार्म को भरने के दौरान अपने अनुभव के बारे में हमें बताएं।  |
|  |