

नए रोगी स्वास्थ्य इतिहास

नए कारोप्रेक्टिक रोगियों के लिए व्यापक स्वास्थ्य इतिहास, रीढ़ की हड्डी के स्वास्थ्य और चोट के इतिहास सहित

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

रेफरल जानकारी

आप हमारे बारे में कैसे जानते हैं?

- ☐ चिकित्सक रेफरल ☐ दोस्त या परिवार ☐ बीमा प्रदाता
☐ ऑनलाइन खोज ☐ सोशल मीडिया ☐ अन्य

प्राथमिक चिकित्सक

चिकित्सक का फोन

मुख्य शिकायत

आज आने का मुख्य कारण क्या है? *

आप दर्द या परेशानी कहाँ महसूस कर रहे हैं? *

- ☐ सरि / सरिदर्द ☐ गर्दन ☐ ऊपरी पीठ
☐ मध्य पीठ ☐ नचिली पीठ ☐ कूलहे
☐ बाएं कंधे ☐ दाएं कंधे ☐ बाएं बांह/हाथ
☐ दाएं बांह/हाथ ☐ बाएं पैर/पैर ☐ दाएं पैर/पैर

वर्तमान दर्द स्तर (0 = दर्द नहीं, 10 = सबसे बुरा संभव दर्द) *

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10

आप दर्द का वर्णन कैसे करेंगे?

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| ☐ तीव्र | ☐ सुस्त/दर्द भरा | ☐ जलन |
| ☐ धड़कन | ☐ छुरी से जैसे | ☐ झनझनाहट/सुन्नता |
| ☐ कठोरता | ☐ लगातार | ☐ रुक-रुक कर |

यह दर्द कब शुरू हुआ? *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ आज | ☐ कुछ दिनों पहले | ☐ कुछ हफ्ते पहले |
| ☐ कुछ महीने पहले | ☐ एक साल से अधिक पहले | |

दर्द का कारण क्या था या किसने शुरू किया?

चोट और दुर्घटना का इतिहास

क्या आपने नमिनलखिति में से किसी का अनुभव किया है?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ कार/मोटर वाहन दुर्घटना | ☐ काम से संबंधित चोट | ☐ खेल की चोट |
| ☐ फसिलना और गरिना | ☐ भारी वजन उठाने की चोट | ☐ वहपिलैश |
| ☐ हड्डी में फ्रैक्चर | ☐ रीढ़ की हड्डी की सर्जरी | ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं |

किसी भी चोट के बारे में विवरण प्रदान करें (तारीखें, प्राप्त उपचार)

क्या आप पहले कारोपरेक्टिक उपचार प्राप्त कर चुके हैं? *

- ☐
- हाँ
- ☐
- नहीं

यदि हाँ, तो पछिले कारोपरेक्टिक उपचार और परिणामों का वर्णन करें

चिकित्सा स्थितियाँ

क्या आप वर्तमान में किसी नमिनलखिति स्थिति से पीड़ित हैं या आपको नदिन किया गया है?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ गठिया | ☐ ऑस्टियोपोरोसिस | ☐ डिसक हर्निएशन या उभार |
| ☐ रीढ़ की हड्डी की नली में संकीर्णता | ☐ स्कोलियोसिस | ☐ फाइब्रोमायल्जिया |
| ☐ मधुमेह | ☐ उच्च रक्त चाप | ☐ कैंसर |
| ☐ स्ट्रोक या TIA | ☐ पेसमेकर या प्रत्यारोपित उपकरण | ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं |

वर्तमान दवाएं और सप्लीमेंट

जीवन शैली और दैनिक गतिविधियां

व्यवसाय

आपका काम मुख्य रूप से शामिल है:

- ☐ डेस्क पर बैठना ☐ खड़े होना ☐ शारीरिक श्रम
☐ ड्राइवगि ☐ गतिविधियों का मश्रिण

आप कतिनी बार व्यायाम करते हैं?

- ☐ दैनिक ☐ सप्ताह में 3-5 बार ☐ सप्ताह में 1-2 बार
☐ शायद ही कभी ☐ कभी नहीं

आप अपनी नींद की गुणवत्ता का मूल्यांकन कैसे करते हैं?

- ☐ उत्कृष्ट ☐ अच्छा ☐ ठीक है
☐ खराब

सहमति और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही और पूर्ण है। मैं समझता हूँ कि गलत जानकारी प्रदान करना मेरे स्वास्थ्य के लिए खतरनाक हो सकता है। मैं अपनी स्वास्थ्य स्थिति में किसी भी परिवर्तन के बारे में कार्यालय को सूचित करने के लिए सहमत हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है:

हस्ताक्षर

दिनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिसे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुल्क योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।