Dr. Urvi H. Savla
MD (Hom.), F.C.A.H

Homeopathic Case Record Form (Hindi)

मूल जानकारी

दिनांक:	____________________	संपर्क नंबर:	____________________
नाम:	____________________	व्यवसाय / विद्यालय:	____________________
आयु:	____________________	वैवाहिक स्थिति:	____________________
लिंग:	____________________	संदर्भित करने वाले का नाम:	____________________

होम्योपैथी केवल रोग का नहीं, बल्कि संपूर्ण व्यक्ति का उपचार करती है। आपकी शारीरिक शिकायतें, भावनाएँ, व्यक्तित्व, जीवनशैली, संबंध और जीवन के अनुभव हमें आपके स्वास्थ्य को समझने में सहायता करते हैं। कृपया निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर अपनी भाषा में अलग कागज़ पर लिखें। आपकी सभी जानकारी गोपनीय रखी जाएगी।

1. आज आप यहाँ किस कारण से आए हैं?
कृपया अपनी वर्तमान स्वास्थ्य समस्याओं का वर्णन करें। वे कब और कैसे शुरू हुईं, किन कारणों से बढ़ती या घटती हैं, अब तक कौन-कौन से उपचार लिए हैं, तथा उनका आपके जीवन पर क्या प्रभाव पड़ता है?

2. अपनी स्वास्थ्य यात्रा के बारे में बताइए।
कृपया महत्वपूर्ण बीमारियों, एलर्जी, चोटों, ऑपरेशनों, अस्पताल में भर्ती होने, दवाओं, गर्भधारण, विकास संबंधी समस्याओं या अन्य महत्वपूर्ण स्वास्थ्यघटनाओं का उल्लेख करें।

3. अपने परिवार के बारे में बताइए।
परिवार के सदस्यों में पाई जाने वाली महत्वपूर्ण बीमारियाँ, स्वास्थ्य संबंधी प्रवृत्तियाँ, भावनात्मक पैटर्न या आपकी जैसी शिकायतों का उल्लेख करें।

4. अपने सामान्य स्वास्थ्य के बारे में बताइए।
कृपया अपनी भूख, प्यास, भोजन की पसंद-नापसंद, पाचन, मल त्याग, मूत्र, पसीना, नींद, सपने, ऊर्जा स्तर, संवेदनशीलताएँ तथा किसी भी प्रकार की आदत या नशे के बारे में बताइए।

5. अपने बारे में बताइए।
अपने स्वभाव, व्यक्तित्व, पसंद-नापसंद, रुचियों, गुणों, डर, चिंताओं, तनावों, महत्वाकांक्षाओं, संबंधों तथा जीवन की परिस्थितियों के प्रति अपनी प्रतिक्रियाओं का वर्णन करें।

6. अपनी जीवन-कथा के बारे में बताइए।
अपने जीवन के महत्वपूर्ण अनुभव, उपलब्धियाँ, हानियाँ, निराशाएँ, भावनात्मक घटनाएँ या ऐसी परिस्थितियाँ साझा करें जिन्होंने आपके जीवन और स्वास्थ्य को प्रभावित किया हो।

7. अपने दैनिक जीवन के बारे में बताइए।
अपने एक सामान्य दिन, दिनचर्या, जिम्मेदारियों तथा आपकी स्वास्थ्य समस्याएँ आपके दैनिक कार्यों को किस प्रकार प्रभावित करती हैं, इसका वर्णन करें।

8. क्या कोई और बात है जो आप हमें बताना चाहते हैं?
कृपया ऐसी कोई अतिरिक्त जानकारी साझा करें जो आपको अपने उपचार के लिए महत्वपूर्ण लगती हो।

Please attach following:

संबंधित चिकित्सा रिपोर्टें, जाँच रिपोर्टें, चिकित्सकीय पर्चे तथा पूर्व में लिए गए उपचारों का विवरण (यदि होम्योपैथिक उपचार लिया हो तो उसका भी)।

रोगी / माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर: ________________

प्रत्येक व्यक्ति की अपनी एक अनूठी कहानी होती है। हम आपकी कहानी को जितना बेहतर समझेंगे, आपके उपचार और स्वास्थ्य-यात्रा में उतनी ही बेहतर सहायता कर पाएँगे।