



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

Homeopathic Case Record Form (Marathi)

मूलभूत माहिती

दिनांक: _____ संपर्क क्रमांक: _____
नाव: _____ व्यवसाय / शाळा: _____
वय: _____ वैवाहिक स्थिती: _____
लिंग: _____ संदर्भ देणारी व्यक्ती: _____

होमिओपॅथी केवळ रोगावर नव्हे तर संपूर्ण व्यक्तीवर उपचार करते. तुमच्या शारीरिक तक्रारी, भावना, स्वभाव, जीवनशैली, नातेसंबंध आणि जीवनातील अनुभव आम्हाला आरोग्य अधिक चांगल्या प्रकारे समजून घेण्यास मदत करतात. कृपया खालील प्रश्नांची उत्तरे स्वतंत्र कागदावर तुमच्या स्वतःच्या शब्दांत लिहा. दिलेली सर्व माहिती पूर्णपणे गोपनीय ठेवली जाईल.

१. आज तुम्ही येथे का आला/आली आहात?

तुमच्या सध्याच्या आरोग्य समस्यांचे वर्णन करा. त्या कधी आणि कशा सुरू झाल्या, कोणत्या गोष्टींमुळे त्या वाढतात किंवा कमी होतात, आतापर्यंत कोणते उपचार घेतले आहेत आणि त्यांचा तुमच्या जीवनावर कसा परिणाम झाला आहे ते सांगा.

२. तुमच्या आरोग्याच्या प्रवासाबद्दल सांगा.

महत्वाचे आजार, अॅलर्जी, दुखापती, शस्त्रक्रिया, रुग्णालयात दाखल होणे, औषधे, गर्भधारणा, विकासाशी संबंधित समस्या किंवा इतर महत्वाच्या आरोग्य घटनांविषयी माहिती द्या.

३. तुमच्या कुटुंबाबद्दल सांगा.

कुटुंबातील सदस्यांमध्ये आढळणारे महत्वाचे आजार, आरोग्यविषयक प्रवृत्ती, भावनिक स्वभाव किंवा अशाच प्रकारच्या तक्रारींबद्दल लिहा.

४. तुमच्या सर्वसाधारण आरोग्याबद्दल सांगा.

भूक, तहान, अन्नाच्या आवडी-निवडी, पचन, शौच-मूत्राच्या सवयी, घाम, झोप, स्वप्ने, ऊर्जा पातळी, संवेदनशीलता आणि कोणत्याही सवयी किंवा व्यसनांविषयी माहिती द्या.

५. स्वतःबद्दल सांगा.

तुमचा स्वभाव, व्यक्तिमत्त्व, आवडी-निवडी, छंद, गुण, भीती, चिंता, ताणतणाव, महत्वाकांक्षा, नातेसंबंध आणि जीवनातील परिस्थितींना तुम्ही कशी प्रतिक्रिया देता याचे वर्णन करा.

६. तुमच्या जीवनकथेची माहिती द्या.

महत्वाचे अनुभव, यश, अपयश, दुःखद प्रसंग, भावनिक घटना किंवा तुमच्या आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या जीवनातील परिस्थितींबद्दल लिहा.

७. तुमच्या दैनंदिन जीवनाबद्दल सांगा.

तुमचा एक सामान्य दिवस, दिनचर्या, जबाबदाऱ्या आणि तुमच्या आरोग्य समस्यांचा दैनंदिन जीवनावर कसा परिणाम होतो याचे वर्णन करा.

८. आम्हाला आणखी काही सांगायचे आहे का?

तुमच्या उपचारासाठी महत्वाची वाटणारी कोणतीही अतिरिक्त माहिती येथे लिहा.

कृपया सोबत जोडा

संबंधित वैद्यकीय अहवाल, तपासण्या, प्रिस्क्रिप्शन आणि पूर्वीच्या उपचारांची माहिती (होमिओपॅथिक उपचार घेतले असल्यास त्यासह).

रुग्ण / पालक / संरक्षक यांची स्वाक्षरी: _____

प्रत्येक व्यक्तीची जीवनकथा वेगळी आणि अद्वितीय असते. आम्ही तुमची कथा जितकी सखोलपणे समजून घेऊ, तितकी तुमच्या आरोग्य पुनर्स्थापनेसाठी अधिक प्रभावी मदत करू शकू.