

इतिहास की सर्वेक्षण के लिए प्रश्नावली – वयस्कों के लिए

(जो आप के लिए ठीक हैं उन पर टिक करें और डॉक्टर को सौंप दें !)

व्यक्तिगत विवरण, केंद्रीय आप्रवासन कार्यालय के साथ- पहचान संख्या:

तिथि:

लिंग: नर महिला राष्ट्रीयता: गर्भवती भेड़: माह
व्यक्तिगत परिवार एसोसिएशन

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. क्या आप बीमार हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 2. क्या आप दवाईयाँ लैते हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 3. क्या आप को बीमारीयों के खिलाफ टीके लगाए गए हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 4. क्या आप का कोई तपेदिक के लिए स्किन टैसट लिया गया है? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 5. क्या आप को कोई छूत की बीमारी है या थी ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| फेफड़े का क्षयरोग (तपेदिक)? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हेपेटाइटिस ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| एचआईवी ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| चेचक ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| खसरा ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| रूबेला ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| डिफ्टेरिया ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| सिफलिस (उपदंश)? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| अन्य यौन संचारित रोग ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| टाइफाइड, मियादी बुखार ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हैज़ा ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 6. क्या आपको दर्द हो रहा है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 7. क्या आपको पिछले 6 हफ्तों में बूखार हुआ है या था ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 8. क्या आपको बुरी खाँसी है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 9. क्या आपको मतली, उल्टी होती है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 10. क्या आपके पेट में ऐँठन या दस्त हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 11. क्या आपके पाखाना में रक्त है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 12. क्या आपको पेशाब करते हुए दरद होती है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 13. क्या आपको लाल चकत्ते हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |

डॉक्टर की तरफ से टिप्पणियां :

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर डॉक्टर

इतिहास की सर्वेक्षण के लिए प्रश्नावली - बच्चों के लिए

(जो आप के लिए ठीक हैं उन पर टिक करें और डॉक्टर को सौंप दें !)

व्यक्तिगत विवरण, केंद्रीय आप्रवासन कार्यालय के साथ- पहचान संख्या:

तिथि:

लिंग: नर महिला राष्ट्रियता: उमर:

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. क्या आपका बच्चा बीमार हैं? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 2. क्या आपका बच्चा कोई दवाईयाँ लेते है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 3. क्या आपके बच्चे को बीमारीयों के खिलाफ टीके लगाए गए हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 4. क्या आपके बच्चे का कोई तपेदिक के लिए स्किन टैसट लिया गया है? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 5. क्या आपके बच्चे को कोई छूत की बीमारी है या थी ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| फेफड़े का क्षयरोग (तपेदिक)? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हेपेटाइटिस ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| चेचक ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| कण्ठमाला का रोग ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| खसरा ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| रूबेला ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| डिफ्टेरिया ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 6. क्या आपके बच्चे को दर्द हो रहा है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 7. क्या आपके बच्चे को बूखार है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 8. क्या आपके बच्चे को बुरी खाँसी है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 9. क्या आपके बच्चे को मतली, उल्टी होती है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 10. क्या आपके बच्चे के पेट में ऐंठन या दस्त हैं ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 11. क्या आपके बच्चे को लाल चकत्ते है ? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |

.....
हस्ताक्षर

डॉक्टर की तरफ से टिप्पणियां :

.....
हस्ताक्षर डॉक्टर