

ਇਤਿਹਾਸ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਸਰਵੇਖਣ - ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ

(ਜਿੜਾ ਠੀਕ ਹੈ ਉਸ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੇ ਦੇਵੋ !)

ਨਿੱਜੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਕੇਦਰੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ - ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ:

ਮਿਤੀ:

ਲਿੰਗ: ਮਰਦ ਔਰਤ ਕੌਮੀਅਤ:
ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪਰਿਵਾਰ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ

ਗਰਭਵਤੀ: ਮਹੀਨਾ

- | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| 1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮਾਰ ਹੋ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੀ ਰੋਗ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਇਆ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 4. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਟਯੂਬਰਕਲੋਸਿਸ ਲਈ ਸਕਿਨ ਟੈਸਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 5. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਛੂਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਫਿਥੀਸਿਸ (ਟੀ ਬੀ) ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਹੈਪਟਾਈਟਸ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਐਚਆਈਵੀ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਚੇਚਕ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਖਸਰਾ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਛੋਟੀ ਸੀਤਲਾ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਡਿਪਥੀਰੀਆ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਸਿਫਿਲਿਸ (ਲੂਇਸ)? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਿਨਸੀ ਰੋਗ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਟਾਈਫਾਈਡ, ਪੈਰਾਟਈਫੁਸ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਰੈਜ਼ਾ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 7. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿਚ ਬੁਖਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 8. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੰਦਾ ਖੰਘ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 9. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਤਲੀ, ਉਲਟੀ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 10. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਵਿਚ ਦਰਦ ਜਾਂ ਦਸਤ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 11. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਟੱਟੀ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਸ਼ਾਬ ਦਰਦ ਹੋਣ ਨਾਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 13. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਧੱਫ਼ੜ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

ਦਸਤਖਤ

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨੋਟਿਸ :

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਇਤਿਹਾਸ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਸਰਵੇਖਣ - ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ

(ਜਿੜਾ ਠੀਕ ਹੈ ਉਸ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੇ ਦੇਵੋ !)

ਨਿੱਜੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਕੇਦਰੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ 'ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ - ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ:

ਮਿਤੀ:

ਲਿੰਗ: ਮਰਦ ਔਰਤ ਕੋਮੀਅਤ:

ਉਮਰ:

-
- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਬੀਮਾਰ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 2. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 3. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਟੀਕੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 4. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਟੀਬੀ ਦਾ ਸਕਿਨ ਟੈਸਟ ਹੋਇਆ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 5. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਛੂਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਫਿਥੀਸਿਸ (ਟੀ ਬੀ) ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਰੈਪੇਟਾਈਟਸ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਚੇਚਕ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਨ ਪੇੜੇ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਖਸਰਾ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਛੋਟੀ ਸੀਤਲਾ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਡਿਪਥੀਰੀਆ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 6. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਰਦ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 7. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 8. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੁਹਤ ਖੰਘ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 9. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਤਲੀ, ਉਲਟੀ ਹੈ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 10. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪੇਟ ਵਿਚ ਦਰਦ ਜਾਂ ਦਸਤ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 11. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਧੱਫੜ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

.....
ਦਸਤਖਤ

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨੋਟਿਸ :

.....
ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ