

Übersetzung ins Urdu

منسلکہ 2.1

(نمبر 1 کے لیے ، نمبر 2-3، جملہ 2)
مریض کی ہسٹری جاننے کے لیے سوال نامہ - بالغوں کے لیے
(جو ٹھیک ہے اس پر ٹک کریں اور ڈاکٹر کو دے دیں!)
نجی کوائف ، غیر ملکیوں کے مرکزی رجسٹریشن آفس سے - شناختی نمبر:

تاریخ:

جنس: نر: مادہ: شہریت: -----
حاملہ عورت: ----- مہینہ: -----
سنگل پرسن فیملی کے لیے

| | | | |
|-----|--|------------------------------|-------------------------------|
| 1- | کیا آپ بیمار ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 2- | کیا آپ دوائیاں لیتے ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 3- | کیا آپ کو بیماریوں کے خلاف ٹیکے لگائے گئے ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 4- | کیا آپ کا تپ دق کے لیے کوئی سکین ٹیسٹ لیا گیا ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 5- | کیا آپ کو کوئی چھوٹ کی بیماری ہے یا تھی؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | تپ دق (ٹی بی)؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ہیپا ٹائی ٹیس؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ایچ آئی وی؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | چیچک؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | خسرہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | خسرہ کاذب؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ڈیپ تھیریا؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | سی فیلیس (ٹی بی)؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | اور کوئی جنسی بیماری؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ٹائیفائیڈ ، میعادہ بخار؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ہیضہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 6- | کیا آپ کو درد ہو رہی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 7- | کیا آپ کو پچھلے 6 ہفتوں سے بخار ہوا ہے یا ہوا تھا؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 8- | کیا آپ کو بری کھانسی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 9- | کیا آپ کو متلی اور الٹی ہوتی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 10- | کیا آپ کے پیٹ میں درد یا دست ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 11- | کیا آپ کے پاخانہ میں خون آتا ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 12- | کیا آپ کو پیشاب کرتے ہوئے درد ہوتی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 13- | کیا آپ کے دھیڑ پڑتے ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |

.....
دستخط

ڈاکٹر کی طرف سے نوٹس:

.....
دستخط ڈاکٹر

Übersetzung ins Urdu

منسلکہ 2.2

(نمبر 1 کے لیے ، نمبر 2-3، جملہ 2)
مریض کی ہسٹری جاننے کے لیے سوال نامہ - بچوں کے لیے
(جو ٹھیک ہے اس پر ٹک کریں اور ڈاکٹر کو دے دیں!)
نجی کوائف ، غیر ملکیوں کے مرکزی رجسٹریشن آفس سے - شناختی نمبر:

تاریخ:

عمر:-----

شہریت:-----

مادہ :

نر:

جنس:

| | | | |
|-----|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1- | کیا آپ کا بچہ بیمار ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 2- | کیا آپ کا بچہ دوائیاں لیتا ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 3- | کیا آپ کے بچے کو بیماریوں کے خلاف ٹیکے لگائے گئے ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 4- | کیا آپ کے بچے کا تپ دق کے لیے کوئی سکین ٹیسٹ لیا گیا ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 5- | کیا آپ کے بچے کو کوئی چھوت کی بیماری ہے یا تھی؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | تپ دق (ٹی بی)؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | بیپا ٹائی ٹیس؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ایچ آئی وی؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | چیچک؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | خسرہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | خسرہ کاذب؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ڈیپ تھیریا؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | سی فیلیس (ٹی بی)؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | اور کوئی جنسی بیماری؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ٹائیفائیڈ ، میعادہ بخار؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| | ہیضہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 6- | کیا آپ کے بچے کو درد ہو رہی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 7- | کیا آپ کے بچے کو پچھلے 6 ہفتوں سے بخار ہوا ہے یا ہوا تھا؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 8- | کیا آپ کے بچے کو بری کھانسی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 9- | کیا آپ کے بچے کو متلی اور الٹی ہوتی ہے؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 10- | کیا آپ کے بچے کے پیٹ میں درد یا دست ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |
| 11- | کیا آپ کے بچے کے دھیڑ پڑتے ہیں؟ | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں |

.....
دستخط

ڈاکٹر کی طرف سے نوٹس:

.....
دستخط ڈاکٹر