

রোগীর নাম : _____ রোগী শনাক্তকরণ নম্বর : _____
জন্ম তারিখ : _____

I. উপযুক্ত উত্তরের চারদিকে গোল দাগ দিন (যদি না বোঝেন তাহলে খালি রাখুন) :

- | | | | |
|----|-------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | হ্যাঁ | না | আপনার সাধারণ স্বাস্থ্য কি ভালো? |
| 2. | হ্যাঁ | না | গত এক বছরের মধ্যে আপনার স্বাস্থ্যের কি কোনও পরিবর্তন ঘটেছে? |
| 3. | হ্যাঁ | না | গত তিন বছরে আপনাকে কি কখনও হাসপাতালে ভর্তি হতে হয়েছে অথবা আপনি কি কোনও জটিল রোগে ভুগেছেন?
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কেন? _____ |
| 4. | হ্যাঁ | না | এখন কি কোনও চিকিৎসক আপনার চিকিৎসা করছেন? কীসের জন্য?
শেষ চিকিৎসা পরীক্ষার তারিখ? _____ শেষ দাঁতের পরীক্ষার তারিখ _____ |
| 5. | হ্যাঁ | না | আপনাকে কি আগে দাঁতের চিকিৎসার সময় কোনও সমস্যায় পড়তে হয়েছে? |
| 6. | হ্যাঁ | না | আপনি কি এখন ব্যথা বোধ করছেন? |

II. আপনি কী এগুলি অনুভব করেছেন :

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|-------------------------------------------------|-----|-------|----|----------------------------------|
| 7. | হ্যাঁ | না | বুকে ব্যথা (অ্যানজাইনা)? | 18. | হ্যাঁ | না | মাথা ঘোরা? |
| 8. | হ্যাঁ | না | সোড়ালি ফুলে যাওয়া? | 19. | হ্যাঁ | না | কানে ঝাঁ ঝাঁ ধরা? |
| 9. | হ্যাঁ | না | হাঁফ ধরা? | 20. | হ্যাঁ | না | মাথাব্যথা করা? |
| 10. | হ্যাঁ | না | সম্প্রতি ওজন কমে যাওয়া, জ্বর, রাতে ঘাম হওয়া? | 21. | হ্যাঁ | না | মূর্ছা যাওয়া? |
| 11. | হ্যাঁ | না | একটানা কাশি, কাশির সঙ্গে রক্ত ওঠা? | 22. | হ্যাঁ | না | দৃষ্টি অস্বচ্ছ হয়ে যাওয়া? |
| 12. | হ্যাঁ | না | রক্ত পড়ার সমস্যা, সহজে কালশিটে পড়া? | 23. | হ্যাঁ | না | খিঁচনি? |
| 13. | হ্যাঁ | না | সাইনাস এর সমস্যা? | 24. | হ্যাঁ | না | অতিরিক্ত তৃষ্ণা? |
| 14. | হ্যাঁ | না | খাবার গিলতে অসুবিধা? | 25. | হ্যাঁ | না | ঘন ঘন প্রশ্রাব? |
| 15. | হ্যাঁ | না | ডায়েরিয়া, কোষ্ঠকাঠিন্য, মলের সঙ্গে রক্ত পড়া? | 26. | হ্যাঁ | না | মুখ শুকিয়ে যায়? |
| 16. | হ্যাঁ | না | প্রায়ই বমি হয়, বমিবমি ভাব বোধ করেন? | 27. | হ্যাঁ | না | পাঁচুরোগ অর্থাৎ জন্ডিস? |
| 17. | হ্যাঁ | না | পেছাপের অসুবিধা, পেছাপের সঙ্গে রক্ত পড়া? | 28. | হ্যাঁ | না | গাঁটে ব্যথা, আড়ষ্ট হয়ে যাওয়া? |

III. আপনার কি এর কোনওটি আছে বা ছিল :

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|----------------------------------------------------------|
| 29. | হ্যাঁ | না | হৃদরোগ? | 40. | হ্যাঁ | না | এইডস |
| 30. | হ্যাঁ | না | হৃদরোগের আক্রমণ, হৃদযন্ত্রের কোনও ত্রুটি? | 41. | হ্যাঁ | না | টিউমার, ক্যান্সার? |
| 31. | হ্যাঁ | না | হৃদযন্ত্র থেকে নির্গত অস্বাভাবিক ঘড়ঘড় শব্দ? | 42. | হ্যাঁ | না | অস্থিসন্ধির প্রদাহ বা আরথ্রাইটিস,
বাত বা রিউম্যাটিজম? |
| 32. | হ্যাঁ | না | সন্ধি জ্বর বা রিউম্যাটিক ফিভার? | 43. | হ্যাঁ | না | চোখের রোগ? |
| 33. | হ্যাঁ | না | স্ট্রোক, ধমনি শক্ত হয়ে যাওয়া? | 44. | হ্যাঁ | না | ভ্রূকের রোগ? |
| 34. | হ্যাঁ | না | উচ্চ রক্তচাপ? | 45. | হ্যাঁ | না | রক্তচাপতা বা অ্যানিমিয়া? |
| 35. | হ্যাঁ | না | হাঁপানি, যক্ষ্মা, বায়ুস্ফীতি বা এমফাইসিমা, ফুসফুসের অন্যান্য রোগ? | 46. | হ্যাঁ | না | যৌন রোগ (সিফিলিস অথবা গনোরিয়া)? |
| 36. | হ্যাঁ | না | হেপাটাইটিস, যকৃৎ বা লিভারের অন্য রোগ? | 47. | হ্যাঁ | না | হাঙ্গুস? |
| 37. | হ্যাঁ | না | পেটের সমস্যা, আলসার? | 48. | হ্যাঁ | না | বুক বা কিডনি, থলি বা ব্লাডার
এর রোগ? |
| 38. | হ্যাঁ | না | এই সব সামগ্রীতে অ্যালার্জি : মাদকদ্রব্য, খাদ্য, ওষুধপত্র, রবার? | 49. | হ্যাঁ | না | থাইরয়েড, অ্যাডরেনালের রোগ? |
| 39. | হ্যাঁ | না | পরিবারে মধুমেহ বা ডায়াবেটিস, হৃদযন্ত্রের সমস্যা,
টিউমার ইত্যাদির ইতিহাস আছে কি না? | 50. | হ্যাঁ | না | ডায়াবেটিস? |

IV. আপনার কি এর কোনওটি হয়েছে বা হয়েছিল :

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|------------------------------------------------------------|-----|-------|----|-------------------------|
| 51. | হ্যাঁ | না | মানসিক রোগের চিকিৎসা? | 56. | হ্যাঁ | না | হাসপাতালে ভর্তি হওয়া? |
| 52. | হ্যাঁ | না | তেজস্ক্রিয় রশ্মি প্রয়োগ করে চিকিৎসা বা রেডিয়েশন থেরাপি? | 57. | হ্যাঁ | না | শরীরে রক্ত দেওয়া? |
| 53. | হ্যাঁ | না | কেমোথেরাপি? | 58. | হ্যাঁ | না | শল্যচিকিৎসা বা অপারেশন? |
| 54. | হ্যাঁ | না | কৃত্রিম অঙ্গীয় রক্ত-কপাটিকা বা প্রসংকেটিক হার্ট ভালভ? | 59. | হ্যাঁ | না | পেসমেকার? |
| 55. | হ্যাঁ | না | কৃত্রিম অস্থিসন্ধি? | 60. | হ্যাঁ | না | কনট্যাক্ট লেন্স? |

V. আপনি কি এগুলি সেবন করছেন :

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|----------------------|
| 61. | হ্যাঁ | না | বিনোদনের জন্য গৃহীত মাদকদ্রব্য? | 63. | হ্যাঁ | না | তামাক, যে কোনও রূপে? |
| 62. | হ্যাঁ | না | ড্রাগ, ওষুধপত্র, প্রেসক্রিপশন ছাড়াই কেনা যায় এমন ওষুধ
(যার মধ্যে আছে অ্যাসপিরিন), ভেজ ওষুধপত্র? | 64. | হ্যাঁ | না | মদ? |

অনুগ্রহ করে তালিকা দিন : _____

VI. শুধু মহিলাদের জন্য :

- | | | | | | | | |
|-----|-------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|---------------------------------------|
| 65. | হ্যাঁ | না | আপনি কি অন্তঃসত্ত্বা অথবা শিশুকে বুকের
দুধ খাওয়াচ্ছেন অথবা এমন হবার সম্ভাবনা আছে? | 66. | হ্যাঁ | না | আপনি কি জন্মনিরোধক বডি সেবন
করছেন? |
|-----|-------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|---------------------------------------|

VII. সব রোগীদের জন্য :

- | | | | |
|-----|-------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 67. | হ্যাঁ | না | এই ফর্মে তালিকাভুক্ত করা হয় নি এমন কোনও রোগ অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যা কি আপনার আছে অথবা ছিল?
যদি তাই হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন : _____ |
|-----|-------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

আমি আমার জ্ঞান অনুসারে প্রতিটি প্রশ্নের সম্পূর্ণ এবং সঠিক উত্তর দিয়েছি। আমার স্বাস্থ্য এবং/অথবা ওষুধপত্রের কোনও পরিবর্তন হলে আমি আমার দাঁতের ডাক্তারকে জানাব।
রোগীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ : _____

পুনরায় পর্যালোচনা :

- | | | |
|----|----------------|---------------|
| 1. | রোগীর স্বাক্ষর | তারিখ : _____ |
| 2. | রোগীর স্বাক্ষর | তারিখ : _____ |
| 3. | রোগীর স্বাক্ষর | তারিখ : _____ |