**MetLife**

# صحت تاریخ

Urdu

**Pacific Dental School**

مریض کا نام: _____ مریض کا آئی ڈی نمبر: _____

تاریخ پیدائش: _____

## I. صحیح جواب پر دائرہ لگائیں (اگر آپ کو سوال سمجھ نہ آئے تو اسے خالی چھوڑ دیں):

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | جی ہاں | نہیں | کیا آپ کی عمومی صحت اچھی ہے؟ |
| 2. | جی ہاں | نہیں | کیا آپ کی صحت میں پچھلے سال کے دوران کوئی تبدیلی واقع ہوئی ہے؟ |
| 3. | جی ہاں | نہیں | کیا آپ پچھلے تین سال سے کسی شدید بیماری میں مبتلا ہوئے/ہوئی ہیں یا آپ کو اسپتال میں داخل کیا گیا ہے؟ اگر ہاں تو کیوں؟ _____ |
| 4. | جی ہاں | نہیں | کیا کوئی ڈاکٹر آج کل آپ کا علاج کر رہا ہے؟ کس لئے؟ _____ آخری طبی جانچ کی تاریخ؟ _____ آخری دندان جانچ کی تاریخ؟ _____ |
| 5. | جی ہاں | نہیں | کیا دانتوں کے پہلے علاج سے کوئی مسائل پیدا ہوئے ہیں؟ |
| 6. | جی ہاں | نہیں | کیا آج کل درد ہوتا ہے؟ |

## II. کیا آپ کو تجربہ ہوا ہے؟

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. | جی ہاں | نہیں | سینے میں درد (اینجائنا)؟ | 18. | جی ہاں | نہیں | سر چکرانا؟ |
| 8. | جی ہاں | نہیں | ٹخنوں میں سوجن؟ | 19. | جی ہاں | نہیں | کانوں میں سیٹیوں کی آواز؟ |
| 9. | جی ہاں | نہیں | دم پھولنا؟ | 20. | جی ہاں | نہیں | سر درد؟ |
| 10. | جی ہاں | نہیں | حال ہی میں وزن میں کمی، بخار، رات کو پسینہ؟ | 21. | جی ہاں | نہیں | کبھی کبھی بیہوشی؟ |
| 11. | جی ہاں | نہیں | لگاتار کھانسی، کھانسی میں خون؟ | 22. | جی ہاں | نہیں | دھندلا نظر آنا؟ |
| 12. | جی ہاں | نہیں | خون بہنے کے مسائل،فوری داغ پڑنا ؟ | 23. | جی ہاں | نہیں | حملہ (مرگی وغیرہ)؟ |
| 13. | جی ہاں | نہیں | زکام کے مسائل؟ | 24. | جی ہاں | نہیں | بے حد پیاس؟ |
| 14. | جی ہاں | نہیں | نگلنے میں دشواری؟ | 25. | جی ہاں | نہیں | بار بار پیشاب آنا؟ |
| 15. | جی ہاں | نہیں | دست، قبض، پاخانے میں خون؟ | 26. | جی ہاں | نہیں | منہ سوکھنا؟ |
| 16. | جی ہاں | نہیں | اکثر قے، متلی ہونا؟ | 27. | جی ہاں | نہیں | یرقان، پیلیا؟ |
| 17. | جی ہاں | نہیں | پیشاب کرنے میں تکلیف، پیشاب میں خون؟ | 28. | جی ہاں | نہیں | گھٹنوں میں درد، سختی ؟ |

## III. کیا آپ مبتلا ہیں یا ہو چکے ہیں؟

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29. | جی ہاں | نہیں | دل کی بیماری؟ | 40. | جی ہاں | نہیں | ایڈز؟ |
| 30. | جی ہاں | نہیں | دل کا حملہ، دل کے نقائص؟ | 41. | جی ہاں | نہیں | رسولی، کینسر؟ |
| 31. | جی ہاں | نہیں | دل کی سرسراہٹ؟ | 42. | جی ہاں | نہیں | جوڑوں کا درد، گٹھیا؟ |
| 32. | جی ہاں | نہیں | گٹھیا بخار؟ | 43. | جی ہاں | نہیں | آنکھوں کی بیماریاں؟ |
| 33. | جی ہاں | نہیں | دل کا حملہ، شریانوں کا سخت ہونا؟ | 44. | جی ہاں | نہیں | جلد کی بیماریاں؟ |
| 34. | جی ہاں | نہیں | ہائی بلڈ پریشر؟ | 45. | جی ہاں | نہیں | خون کی کمی؟ |
| 35. | جی ہاں | نہیں | دمہ، تپ دق، پھیپھڑوں کے لوچ میں کمی، ان کی دیگر بیماریاں؟ | 46. | جی ہاں | نہیں | وی ڈی (آتشک، سوزاک)؟ |
| 36. | جی ہاں | نہیں | شدید ورم جگر، جگر کی دیگر بیماریاں؟ | 47. | جی ہاں | نہیں | داد؟ |
| 37. | جی ہاں | نہیں | معدے کے مسائل، ناسور؟ | 48. | جی ہاں | نہیں | گردے، مثانے کی بیماری؟ |
| 38. | جی ہاں | نہیں | ادویہ، کھانے، معالجہ، پودوں کے عرق سے الرجی؟ | 49. | جی ہاں | نہیں | تھائیرائڈ، غدودی بیماری؟ |
| 39. | جی ہاں | نہیں | خاندان میں کسی کو ذیابیطس، دل کی بیماریاں، رسولی کا ہونا؟ | 50. | جی ہاں | نہیں | ذیابیطس؟ |

## IV. کیا آپ کے ساتھ یہ ہوا ہے یا ہو رہا ہے؟

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51. | جی ہاں | نہیں | ذہنی علاج نگہداشت؟ | 56. | جی ہاں | نہیں | اسپتال میں داخل؟ |
| 52. | جی ہاں | نہیں | شعاع افشانی (ریڈی ایشن) علاج؟ | 57. | جی ہاں | نہیں | نقل خون؟ |
| 53. | جی ہاں | نہیں | کیموتھرپی؟ | 58. | جی ہاں | نہیں | آپریشن؟ |
| 54. | جی ہاں | نہیں | دل کا مصنوعی والو؟ | 59. | جی ہاں | نہیں | پیس میکر؟ |
| 55. | جی ہاں | نہیں | مصنوعی جوڑ؟ | 60. | جی ہاں | نہیں | کانٹیکٹ لینس؟ |

## V. کیا آپ استعمال کر رہے / رہی ہیں؟

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 61. | جی ہاں | نہیں | تفریحی دوائیاں؟ | 63. | جی ہاں | نہیں | کسی بھی شکل میں تمباکو؟ |
| 62. | جی ہاں | نہیں | دوائیاں، معالجی دوائیاں، بغیر نسخہ دوائیاں (بشمول اسپرین)،قدرتی دوائیاں؟ | 64. | جی ہاں | نہیں | شراب؟ |

براہ مہربانی درج کریں: _____

## VI. صرف خواتین کے لئے:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 65. | جی ہاں | نہیں | کیا آپ حاملہ ہیں یا ممکن ہے کہ حاملہ ہوں یا دودھ پلا رہی ہیں؟ | 66. | جی ہاں | نہیں | مانع حمل گولیوں کا استعمال؟ |

## VII. تمام مریضوں کے لئے:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 67. | جی ہاں | نہیں | کیا آپ کو کوئی ایسی دیگر بیماری یا طبی مسئلہ ہے جو کہ یہاں درج نہیں ہے؟ |

اگر ہے تو براہ کرم وضاحت کریں: _____

میں نے ہر سوال کا اپنے ممکن علم کے مطابق صحیح اور مکمل جواب دیا ہے۔ اور اپنے دندان ساز کو اپنی صحت میں کسی بھی تبدیلی اور / یا معالجے کے بارے میں مطلع کروں گا / گی۔

مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____

**دوبارہ جائزہ:**

1. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____
2. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____
3. مریض کے دستخط: _____ تاریخ: _____

The Health History is created and maintained by the University of the Pacific, Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California.
Support for the translation and dissemination of the Health Histories comes from MetLife Dental.