

مریض کی رپورٹ

مریض کو طبی مدد کے لیے صحت مرکز یا اسپتال بھیجتے وقت استعمال کریں۔

بیمار کا نام: _____ عمر: _____

مرد _____ عورت _____ وہ مرد (یا عورت) کہاں ہے؟ _____

اس وقت مریض کی اصل بیماری یا مسئلہ کیا ہے؟ _____

یہ تکلیف کب شروع ہوئی؟ _____

کیسے شروع ہوئی؟ _____

کیا مریض کو پہلے بھی یہ تکلیف ہوئی ہے؟ _____ کب؟ _____

کیا بخار ہے؟ _____ بخار کتنا ہے! _____ کب اور کتنے عرصے سے ہے؟ _____

درد ہے؟ _____ کہاں؟ _____ کس طرح کا؟ _____

جسم کے ان حصوں میں کیا تکلیف ہے یا ایسی کیا بات ہے جو عام حالت سے مختلف ہے؟ _____

جلد: _____ کان: _____

آنکھیں: _____ منہ اور حلق: _____

جنسی اعضا: _____

پیشاب: زیادہ یا کم؟ _____ رنگ: _____ پیشاب کرنے میں مشکل یا تکلیف؟ _____

تفصیل لکھیں: 24 گھنٹوں میں کتنی بار: _____ رات میں کتنی مرتبہ: _____

پاخاند: رنگ؟ _____ پاخانے کے ساتھ خون یا پیپ؟ _____ ہیضہ؟ _____

دن میں کتنے دست آئے؟ _____ مڑوڑ؟ _____ پانی کی کمی؟ _____ درمیانی یا شدید؟ _____

کیڑے؟ _____ کس قسم کے؟ _____

سانس لینا: ایک منٹ میں کتنے سانس _____ گہرے، ہلکے یا معمول کے مطابق؟ _____

سانس لینے میں مشکل (تفصیل بیان کریں): _____ کھانسی (تفصیل بیان کریں): _____

سانس لینے وقت سیٹی کی سی آواز؟ _____ کھانسی کے ساتھ بلغم: _____ بلغم کے ساتھ خون؟ _____

کیا بیمار شخص میں ان خطرناک بیماریوں میں سے کسی کی علامتیں ہیں جن کی فہرست صفحہ 42 پر دی گئی ہے؟ _____

کس بیماری کی علامتیں ہیں؟ (تفصیل لکھیں): _____

دوسری علامتیں: _____

کیا مریض کوئی دوا لے رہا ہے؟ _____ کون سی دوا؟ _____

کیا مریض نے کبھی کوئی ایسی دوا استعمال کی ہے جس کی وجہ سے خارش، جسم پر چکتنے (یا ددوڑے) یا الرجی رد عمل کی دوسری علامتیں ظاہر ہوئیں؟ _____

کیا؟ (تفصیل لکھیں) _____

بیمار شخص کی حالت: بہت زیادہ تشویشناک نہیں ہے: _____ تشویش ناک ہے: _____ بہت تشویش ناک ہے: _____

اس فارم کے پیچھے آپ ایسی کوئی بھی معلومات لکھ سکتے ہیں جو آپ کے خیال میں ضروری ہیں۔

مریض کی رپورٹ

مریض کو طبی مدد کے لیے صحت مرکز یا اسپتال بھیجتے وقت استعمال کریں۔

بیمار کا نام: _____ عمر: _____

مرد _____ عورت _____ وہ مرد (یا عورت) کہاں ہے؟ _____

اس وقت مریض کی اصل بیماری یا مسئلہ کیا ہے؟ _____

یہ تکلیف کب شروع ہوئی؟ _____

کیسے شروع ہوئی؟ _____

کیا مریض کو پہلے بھی یہ تکلیف ہوئی ہے؟ _____ کب؟ _____

کیا بخار ہے؟ _____ بخار کتنا ہے! _____ کب اور کتنے عرصے سے ہے؟ _____

درد ہے؟ _____ کہاں؟ _____ کس طرح کا؟ _____

جسم کے ان حصوں میں کیا تکلیف ہے یا ایسی کیا بات ہے جو عام حالت سے مختلف ہے؟ _____

جلد: _____ کان: _____

آنکھیں: _____ منہ اور حلق: _____

جنسی اعضا: _____

پیشاب: زیادہ یا کم؟ _____ رنگ: _____ پیشاب کرنے میں مشکل یا تکلیف؟ _____

تفصیل لکھیں: 24 گھنٹوں میں کتنی بار: _____ رات میں کتنی مرتبہ: _____

پاخاند: رنگ؟ _____ پاخانے کے ساتھ خون یا پیپ؟ _____ ہیضہ؟ _____

دن میں کتنے دست آئے؟ _____ مڑوڑ؟ _____ پانی کی کمی؟ _____ درمیانی یا شدید؟ _____

کیڑے؟ _____ کس قسم کے؟ _____

سانس لینا: ایک منٹ میں کتنے سانس _____ گہرے، ہلکے یا معمول کے مطابق؟ _____

سانس لینے میں مشکل (تفصیل بیان کریں): _____ کھانسی (تفصیل بیان کریں): _____

سانس لینے وقت سیٹی کی سی آواز؟ _____ کھانسی کے ساتھ بلغم: _____ بلغم کے ساتھ خون؟ _____

کیا بیمار شخص میں ان خطرناک بیماریوں میں سے کسی کی علامتیں ہیں جن کی فہرست صفحہ 42 پر دی گئی ہے؟ _____

کس بیماری کی علامتیں ہیں؟ (تفصیل لکھیں): _____

دوسری علامتیں: _____

کیا مریض کوئی دوا لے رہا ہے؟ _____ کون سی دوا؟ _____

کیا مریض نے کبھی کوئی ایسی دوا استعمال کی ہے جس کی وجہ سے خارش، جسم پر چکتنے (یا ددوڑے) یا الرجی رد عمل کی دوسری علامتیں ظاہر ہوئیں؟ _____

کیا؟ (تفصیل لکھیں) _____

بیمار شخص کی حالت: بہت زیادہ تشویشناک نہیں ہے: _____ تشویش ناک ہے: _____ بہت تشویش ناک ہے: _____

اس فارم کے پیچھے آپ ایسی کوئی بھی معلومات لکھ سکتے ہیں جو آپ کے خیال میں ضروری ہیں۔

مریض کی رپورٹ

مریض کو طبی مدد کے لیے صحت مرکز یا اسپتال بھیجتے وقت استعمال کریں۔

بیمار کا نام: _____ عمر: _____

مرد _____ عورت _____ وہ مرد (یا عورت) کہاں ہے؟ _____

اس وقت مریض کی اصل بیماری یا مسئلہ کیا ہے؟ _____

یہ تکلیف کب شروع ہوئی؟ _____

کیسے شروع ہوئی؟ _____

کیا مریض کو پہلے بھی یہ تکلیف ہوئی ہے؟ _____ کب؟ _____

کیا بخار ہے؟ _____ بخار کتنا ہے! _____ کب اور کتنے عرصے سے ہے؟ _____

درد ہے؟ _____ کہاں؟ _____ کس طرح کا؟ _____

جسم کے ان حصوں میں کیا تکلیف ہے یا ایسی کیا بات ہے جو عام حالت سے مختلف ہے؟ _____

جلد: _____ کان: _____

آنکھیں: _____ منہ اور حلق: _____

جنسی اعضا: _____

پیشاب: زیادہ یا کم؟ _____ رنگ: _____ پیشاب کرنے میں مشکل یا تکلیف؟ _____

تفصیل لکھیں: 24 گھنٹوں میں کتنی بار: _____ رات میں کتنی مرتبہ: _____

پاخانہ: رنگ؟ _____ پاخانے کے ساتھ خون یا پیپ؟ _____ ہیضہ؟ _____

دن میں کتنے دست آئے؟ _____ مڑوڑ؟ _____ پانی کی کمی؟ _____ درمیانی یا شدید؟ _____

کیڑے؟ _____ کس قسم کے؟ _____

سانس لینا: ایک منٹ میں کتنے سانس _____ گہرے، ہلکے یا معمول کے مطابق؟ _____

سانس لینے میں مشکل (تفصیل بیان کریں): _____ کھانسی (تفصیل بیان کریں): _____

سانس لینے وقت سیٹی کی سی آواز؟ _____ کھانسی کے ساتھ بلغم: _____ بلغم کے ساتھ خون؟ _____

کیا بیمار شخص میں ان خطرناک بیماریوں میں سے کسی کی علامتیں ہیں جن کی فہرست صفحہ 42 پر دی گئی ہے؟ _____

کس بیماری کی علامتیں ہیں؟ (تفصیل لکھیں): _____

دوسری علامتیں: _____

کیا مریض کوئی دوا لے رہا ہے؟ _____ کون سی دوا؟ _____

کیا مریض نے کبھی کوئی ایسی دوا استعمال کی ہے جس کی وجہ سے خارش، جسم پر چکتنے (یا ددوڑے) یا الرجی رد عمل کی دوسری علامتیں ظاہر ہوئیں؟ _____

کیا؟ (تفصیل لکھیں) _____

بیمار شخص کی حالت: بہت زیادہ تشویشناک نہیں ہے: _____ تشویش ناک ہے: _____ بہت تشویش ناک ہے: _____

اس فارم کے پیچھے آپ ایسی کوئی بھی معلومات لکھ سکتے ہیں جو آپ کے خیال میں ضروری ہیں۔

مریض کی رپورٹ

مریض کو طبی مدد کے لیے صحت مرکز یا اسپتال بھیجتے وقت استعمال کریں۔

بیمار کا نام: _____ عمر: _____

مرد _____ عورت _____ وہ مرد (یا عورت) کہاں ہے؟ _____

اس وقت مریض کی اصل بیماری یا مسئلہ کیا ہے؟ _____

یہ تکلیف کب شروع ہوئی؟ _____

کیسے شروع ہوئی؟ _____

کیا مریض کو پہلے بھی یہ تکلیف ہوئی ہے؟ _____ کب؟ _____

کیا بخار ہے؟ _____ بخار کتنا ہے! _____ کب اور کتنے عرصے سے ہے؟ _____

درد ہے؟ _____ کہاں؟ _____ کس طرح کا؟ _____

جسم کے ان حصوں میں کیا تکلیف ہے یا ایسی کیا بات ہے جو عام حالت سے مختلف ہے؟ _____

جلد: _____ کان: _____

آنکھیں: _____ منہ اور حلق: _____

جنسی اعضا: _____

پیشاب: زیادہ یا کم؟ _____ رنگ: _____ پیشاب کرنے میں مشکل یا تکلیف؟ _____

تفصیل لکھیں: 24 گھنٹوں میں کتنی بار: _____ رات میں کتنی مرتبہ: _____

پاخانہ: رنگ؟ _____ پاخانے کے ساتھ خون یا پیپ؟ _____ ہیضہ؟ _____

دن میں کتنے دست آئے؟ _____ مڑوڑ؟ _____ پانی کی کمی؟ _____ درمیانی یا شدید؟ _____

کیڑے؟ _____ کس قسم کے؟ _____

سانس لینا: ایک منٹ میں کتنے سانس _____ گہرے، ہلکے یا معمول کے مطابق؟ _____

سانس لینے میں مشکل (تفصیل بیان کریں): _____ کھانسی (تفصیل بیان کریں): _____

سانس لینے وقت سیٹی کی سی آواز؟ _____ کھانسی کے ساتھ بلغم: _____ بلغم کے ساتھ خون؟ _____

کیا بیمار شخص میں ان خطرناک بیماریوں میں سے کسی کی علامتیں ہیں جن کی فہرست صفحہ 42 پر دی گئی ہے؟ _____

کس بیماری کی علامتیں ہیں؟ (تفصیل لکھیں): _____

دوسری علامتیں: _____



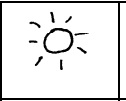
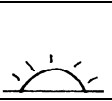
کیا مریض کوئی دوا لے رہا ہے؟ _____ کون سی دوا؟ _____



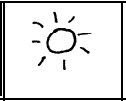
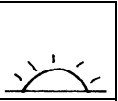
کیا مریض نے کبھی کوئی ایسی دوا استعمال کی ہے جس کی وجہ سے خارش، جسم پر چکتنے (یا ددوڑے) یا الرجی رد عمل کی دوسری علامتیں ظاہر ہوئیں؟ _____




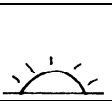
کیا؟ (تفصیل لکھیں) _____



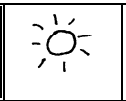
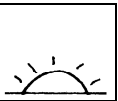
بیمار شخص کی حالت: بہت زیادہ تشویشناک نہیں ہے: _____ تشویش ناک ہے: _____ بہت تشویش ناک ہے: _____




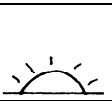
اس فارم کے پیچھے آپ ایسی کوئی بھی معلومات لکھ سکتے ہیں جو آپ کے خیال میں ضروری ہیں۔

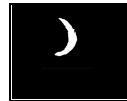

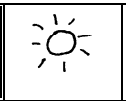
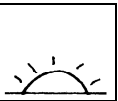
			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			



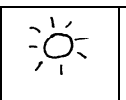
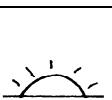
			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			



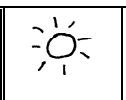
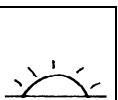
			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			





			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

			
نام:			
دوا:			
کس بیماری کے لیے:			
خوراک:			

