

रोगी का इतिहास (Case History)

पंजीकरण संख्या

दिनांक

नाम :
पिता/पति का नाम :
आयु : लिंग : शरीर का भार :
कद : रक्तचाप : नाड़ी :
रोगी का व्यवसाय :
रोगी की प्रकृति :
स्थायी पता :
मोबाइल नं. :
ई-मेल :
पत्राचार का पता :



2

आयुर्वेदिक/यूनानी/होम्योपैथिक चिकित्सक का परामर्श :-

पूर्व से यदि कोई रोग हो तो उसका विवरण :
रोगी में प्रमुख चिन्ह एवं लक्षण :
निदान :



3