



CFM

Compassionate Family Medicine

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशन पेडिएट्रिक अर्थात नाबालक बिरामी लिने फाराम

तपाईंलाई कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशनमा स्वागत छ! तपाईं र तपाईंको परिवारको स्वास्थ्य हेरचाहको लागि आवश्यक मदत दिन हामी खुशी छौं। हाम्रा प्रबन्धक र स्टाफहरूलाई मदत दिन कृपया स्पष्टसित लेख्नुहोस् र आफ्नो क्षमताअनुसार निम्न जानकारी दिनुहोस्।

बिरामीको नाम: _____ लिङ्ग: म पु जन्ममिति: _____ / _____ / _____ SS# _____

ठेगाना _____
Street City/Town State Zip Code

घरको फोन: _____ मोबाइल फोन: _____ सोसियल सेक्युरिटी # _____

बीमा प्रदायक: _____ बीमा गरिएको व्यक्ति: _____

बीमा नम्बर: _____ बीमा गरिएको व्यक्तिसित तपाईंको सम्बन्ध: _____ बीमा गरिएको व्यक्तिSS#: _____

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशनले मेरो उपचार गरेको बापत मेरो बीमा प्रदायकलाई बिल पठाउने कुरामा सहमत गर्छु: बिरामी / अभिभावकको हस्ताक्षर:

मिति: _____ / _____ / _____

बुबाआमा/अभिभावकको जानकारी:

आमाको नाम _____ ठेगाना (फरक भएमा) _____ फोन # _____

बुबाको नाम _____ ठेगाना (फरक भएमा) _____ फोन# _____

माथि दिइएका व्यक्तिभन्दा फरक व्यक्ति हुन् भने बच्चा/बिरामीको कानुनी अभिभावक को हुन् तल लेख्नुहोस्:

नाम _____ सम्बन्ध _____ ठेगाना (फरक भएमा) _____ (फोन नं. _____)

नाम _____ सम्बन्ध _____ ठेगाना (फरक भएमा) _____ (फोन नं. _____)

स्वास्थ्यसम्बन्धि निर्णय गर्नुपर्दा हेरचाह वा सम्मिलित व्यक्तिहरूको विषयमा कुनै खास अवस्था छ भने कृपया बताउनुहोस्:

पुरानो प्रथम स्वास्थ्य स्याहार प्रबन्धक: _____ (_____) _____
नाम ठेगाना फोन नम्बर कुनै

विशेषज्ञलाई भेट्नुहुन्छ वा पहिला भेट्नुभएको थियो भने सम्भव भएमा कृपया सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्:

स्वास्थ्य सुधारको हिस्ट्री (कृपया गएको परीक्षण/जाँचबारे र मिति दिनुहोस्)

परीक्षण	मिति	परीक्षण	मिति
शारीरिक रुटिन		दन्त जाँच	
लिड परीक्षण		आँखा जाँच	

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति: _____ / _____ / _____

पुरानो मेडिकल हिस्ट्री हरेक बक्स हेर्नुहोस्.....थियो वा थिएन चिन्ह लगाउनुहोस्

अवस्था	थियो	थिएन	अवस्था	थियो	थिएन	अवस्था	थियो	थिएन
ए.डि.एच.डि			हड्डी भाचकाँ			स्काँलियाँसिस		
एलर्जी			आँन्द्राकाँ समस्या			छार रोग		
आस्थमा			जानाँकाँ समस्या			थाइराइड		
डण्डाँफार			मृगाँला/पिसाब सम्बन्ध समस्या			अरू तल लेख्नुहाँस्:		
ठउला			कलेजाँकाँ रोग					
कानकाँ सक्रमण			मानेन्जाइँटस					
विकासमा समस्या			मानाँसिक समस्या					
मधुमेह			मानान्युक्लियाँसिस					
एक्जमा			नशासम्बन्ध रोग					
आँखा रोग			आँमलाँ आउन					

माथि "थियो" भनेर चिन्ह लगाएको अवस्थाबारे कृपया थप जानकारी दिनुहोस्:

जन्मेको बेलाको जानकारी

पूरे नौ महिना पछि _____ समयअघि _____ कति हप्तामा _____ डेलिभरीको किसिम _____

गर्भावस्थामा आएको कठिनाइ _____ थिएन _____ कठिनाइ _____ थिएन _____

जन्डिस - थियो _____ थिएन _____ श्रवनशक्ति जाँच - पास _____ फेल _____ जन्मेको बेला वजन: _____ लम्बाई: _____

अस्पतालमा हेपाटाइटिस बि खोप पाएको थियो? थियो _____ थिएन _____

एलर्जीहरू (कस्तो असर हुन्छ):

औषधीहरू (परिवार नियोजनको औषधी, डाक्टरको स्विकृतिविना पाउने औषधि, भिटामिन, सप्लिमेन्ट र जडीबुटी पनि समावेश गर्नुहोस्):

नाम _____ डोज _____ कति पटक _____ लिनुको कारण _____

शल्यक्रियाहरू

साल प्रक्रिया

सर्जन

स्वास्थ्य कार्यालय

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति: ____/____/____

अस्पताल भर्ना गरिएको जानकारी

साल

कारण

स्वास्थ्य कार्यालय(स्थानीय क्षेत्रको नाम र ठेगाना)

व्यक्तिगत पृष्ठभूमि

हालैको कक्षा _____ स्कुल _____

विशेष आवश्यकता/सेवाहरू _____ छैन _____

अतिरिक्त क्रियाकलाप _____

पहिलो पटक रजस्वला भएको उमेर _____ कति पटक _____ कति दिन _____

परिवारिक इतिहास अङ्गीकरण __ थाह छैन _____ बिरामीको परिवारमा कुनै रोगबिमार छ भने कृपया तल उल्लेख गर्नुहोस्।

बुबा _____ आमा _____

दाजुभाइ(हरू) _____ दिदीबहिनी (हरू) _____

बुबाको तर्फका हजुरबुबा _____ बुबाको तर्फका हजुरआमा _____ आमाको

थप परिवारका सदस्यहरू - माथि उल्लेख नगरिएका:

यस नाबालक लिने फाराम मेरो क्षमताअनुसार मैले भरेको छु -

बुबाआमाको हस्ताक्षर/अभिभावक: _____ मिति: ____/____/____