



**SANTA CLARA
VALLEY MEDICAL CENTER**
Hospital & Clinics

गैस्ट्रोएंटरोलॉजी और हीपैटोलॉजी क्लीनिक में आपका स्वागत है!

हम यहां स्थित हैं:

Valley Specialty Center, 5th floor (Suite 540)

751 South Bascom Avenue

San Jose, CA 95128

टेलीफोन: 408-793-2550

फैक्स: 408-885-7999

*यदि आपको अपनी मुलाकात को पुनर्निर्धारित करने या रद्द करने की आवश्यकता है,
कृपया हमें कॉल करें या MyHealth Online के माध्यम से अपनी मुलाकात के समय से कम से कम
24 घंटे पहले रद्द करें।*

महत्वपूर्ण

**कृपया इस फ़ॉर्म को पूरी तरह से भरें और इसे अपनी
मुलाकात पर अपने साथ लाएं।**

**कृपया ओवर द काउंटर दवाओं सहित अपनी सभी दवाएं
भी, उनकी मूल बोतलों में लाएं।**

आपका नाम:

आपके प्राथमिक देखभाल प्रदाता का नाम और पता:

1. क्लीनिक में आप कौन सी सबसे महत्वपूर्ण समस्या पर चर्चा करना चाहते हैं?

2. एलर्जी: कृपया दवा का नाम और आपको हुई प्रतिक्रिया को सूचीबद्ध करें। आयोडीन, रेडियोलॉजी कॉन्ट्रास्ट आदि के प्रति किसी एलर्जी को भी सूचीबद्ध करें।

3. प्रक्रिया और बेहोश करने की क्रिया की समस्याएं

क्या आपको कभी भी एनेस्थीसिया या बेहोश करने की क्रिया से कोई बुरी प्रतिक्रिया हुई है (जैसे कि बाद में जागने में परेशानी)? हाँ नहीं

क्या आपका दांत संबंधी कार्य या अन्य प्रक्रियाओं के बाद रक्तस्राव का इतिहास है? हाँ नहीं

क्या आप घर पर पूरक ऑक्सीजन का उपयोग करते हैं? हाँ नहीं

क्या आप रात में आपको सांस लेने में मदद करने के लिए एक मशीन का उपयोग करते हैं (जैसे कि CPAP मशीन)? हाँ नहीं

क्या आप किन्हीं मनोरजक दवाओं का उपयोग करते हैं? (कृपया अनुभाग 13 में विवरण प्रदान करें) हाँ नहीं

4. दवाएं: कृपया नाम, खुराक और कितनी बार प्रतिदिन को सूचीबद्ध करें। कृपया ओवर-द काउंटर दवाएं (जैसे टाइलेनॉल, मोट्रिन, एलेव, इबुप्रोफेन, एंटासिड, आदि) शामिल करें।

5. पसंदीदा फ़ार्मसी

<input type="checkbox"/> Valley Specialty Center	<input type="checkbox"/> East Valley	<input type="checkbox"/> Milpitas
<input type="checkbox"/> Bascom	<input type="checkbox"/> Gilroy	<input type="checkbox"/> Moorpark
<input type="checkbox"/> Downtown	<input type="checkbox"/> Lenzen	<input type="checkbox"/> Sunnyvale
		<input type="checkbox"/> Tully

अन्य (नाम और स्थान बताएं): _____



6. क्या आपको पेट दर्द है?

हाँ

नहीं (कृपया इसे छोड़ कर अगले अनुभाग में जाएं)

कृपया एक "X" से उस जगह को
डिंगित करें जहां दर्द स्थित है

1-10 के पैमाने पर, एक औसत दिन में दर्द कितना बुरा है?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

आप दर्द का वर्णन कैसे करेंगे? जलता हुआ कोंचता हुआ ऐंठता हुआ दुखता हुआ

अन्य (बताएं) _____

आपको कितनी देर तक दर्द हुआ? _____

आपको कितनी बार दर्द होता है? _____

दर्द कितनी देर तक रहता है? _____

दर्दको क्या चीज प्रभावित करती है?

बेहतर बदतर कोई बदलाव नहीं

खाना

मल त्याग

तनाव

एंटासिड

अन्य (बताएं) _____

7. क्या आपको इनमें से कोई अन्य GI लक्षण हैं? कृपया जो लागू हों उन सब पर निशान लगाएं।

निगलने में कठिनाई या पीड़ा

फूलना

खून की उल्टी करना

मिचली

कब्ज

काला मल

उल्टी

दस्त

पीलिया (पीली आंखें या त्वचा)

सीने में जलन

असंयम/ मल का रिसाव

अन्य (नीचे बताएं)

अत्यधिक गैस निकलना

गुदा से रक्त

8. पूर्व GI मूल्यांकन

क्या आप अतीत में गैस्ट्रोएंटरोलॉजिस्ट (पेट, बृहदान्त्र, या यकृत विशेषज्ञ) से मिले हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो गैस्ट्रोएंटरोलॉजिस्ट का नाम और पता लिखें: _____

प्रक्रिया	तारीख	क्लीनिक या अस्पताल का स्थान
ऊपरी एंडोस्कोपी (EGD)		
कोलोनोस्कोपी		
सिगमॉयडोस्कोपी		
यकृत बायोप्सी		
अन्य (बताएं):		



9. पिछला चिकित्सा इतिहास: कृपया आपको, अतीत या वर्तमान में हुई किन्हीं चिकित्सा समस्याओं को चिह्नित करें।

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> शराब पीना | <input type="checkbox"/> इयोसिनोफिलिक ग्रासनलीशोथ | <input type="checkbox"/> इरिटेबल बावेल सिंड्रोम (IBS) |
| <input type="checkbox"/> गुदा में दरार | <input type="checkbox"/> इसोफेगियल वेरिसेस | <input type="checkbox"/> गुर्दे का रोग/वृक्कीय विफलता |
| <input type="checkbox"/> अनीमिया | <input type="checkbox"/> वसीय यकृत | <input type="checkbox"/> यकृत कैंसर |
| <input type="checkbox"/> गठिया | <input type="checkbox"/> फिब्रोमायाल्जिया | <input type="checkbox"/> फेफड़े का रोग/COPD |
| <input type="checkbox"/> दमा | <input type="checkbox"/> पित्ताशय की पथरी | <input type="checkbox"/> पेसमेकर या डिफिब्रिलेटर |
| <input type="checkbox"/> अलिंग विकम्पन | <input type="checkbox"/> एच. पायलोरी संक्रमण | <input type="checkbox"/> अग्न्याशयशोथ |
| <input type="checkbox"/> बैरेट्स ग्रासनली | <input type="checkbox"/> सिरदर्द | <input type="checkbox"/> अग्न्याशयी कैंसर |
| <input type="checkbox"/> खून के थक्के | <input type="checkbox"/> सीने में जलन | <input type="checkbox"/> मनोविकारी रोग/द्विध्रुवी विकार |
| <input type="checkbox"/> उदरीय रोग | <input checked="" type="checkbox"/> हृदय रोग/दिल का दौरा/हृदय स्टैंट | <input type="checkbox"/> निद्रा श्वासरोध |
| <input type="checkbox"/> कब्ज | <input type="checkbox"/> हेमोक्रोमेटोसिस | <input type="checkbox"/> पेट/आंत संबंधी अल्सर |
| <input type="checkbox"/> सिरोसिस | <input type="checkbox"/> बवासीर | <input type="checkbox"/> पेट के पॉलिप |
| <input type="checkbox"/> बृहदान्त्र कैंसर | <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस बी | <input type="checkbox"/> पेट का कैंसर |
| <input type="checkbox"/> बृहदान्त्र के पॉलिप | <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस सी | <input checked="" type="checkbox"/> आघात |
| <input type="checkbox"/> क्रोहन्स रोग | <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस (बताएं _____) | <input type="checkbox"/> थायरॉयड की समस्याएं |
| <input type="checkbox"/> अवसाद/चिंता | <input type="checkbox"/> हर्निया (बताएं _____) | <input type="checkbox"/> अल्सरेटिव कोलाइटिस |
| <input type="checkbox"/> दस्त | <input type="checkbox"/> हियातल हर्निया | <input type="checkbox"/> अन्य (नीचे बताएं) |
| <input type="checkbox"/> डायबिटीज़ | <input type="checkbox"/> एचआईवी या एड्स | |
| <input type="checkbox"/> विप्टीशोथ | <input type="checkbox"/> प्रतिरक्षा प्रणाली की समस्याएं | |
| <input type="checkbox"/> विपुटिता | <input type="checkbox"/> प्रदाहक आंत्र रोग (IBD) | |

10. पिछला शल्य-चिकित्सीय इतिहास

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> उपांत्र-उच्छेदन | <input type="checkbox"/> गैस्ट्रिक बाईपास या बैंडिंग | <input type="checkbox"/> छोटी आंत की शल्य-चिकित्सा |
| <input type="checkbox"/> आंत्र अवरोध शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> स्त्री रोग संबंधी शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> पेट की शल्य-चिकित्सा |
| <input type="checkbox"/> सी-सेक्शन | <input type="checkbox"/> हार्ट बाईपास शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> ट्यूबल लिगेशन |
| <input type="checkbox"/> बृहदान्त्र शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> हृदय वाल्व की शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> अन्य शल्य-चिकित्सा (नीचे बताएं) |
| <input type="checkbox"/> ग्रासनली की शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> हर्निया मरम्मत | |
| <input type="checkbox"/> फीडिंग ट्यूब प्लेसमेंट (PEG) | <input type="checkbox"/> यकृत की शल्य-चिकित्सा | |
| <input type="checkbox"/> पित्ताशय की शल्य-चिकित्सा | <input type="checkbox"/> अग्न्याशय की शल्य-चिकित्सा | |

11. पूर्व अस्पताल भर्ती: कृपया सबसे हालिया को पहले सूचीबद्ध करें

तारीख	स्थान	समस्या



12. परिवार का इतिहास: कृपया इंगित करें कि क्या आपके परिवार के किसी सदस्य को कोई चिकित्सीय समस्या है या रही थी

मृत्यु पर आयु	वर्तमान में जीवित हैं?	अन्य चिकित्सीय समस्याएं (बताएं)	निदान पर आयु	यकृत रोग	उदरीय रोग	कोलाइटिस/ IBD	GYN या GU कैंसर	अन्याशय का कैंसर	यकृत कैंसर	पेट का कैंसर	बृहदान्त्र के पॉलिप	बृहदान्त्र कैंसर
	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
पिता	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
माता	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
भाई(यों)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बहन(नों)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
बच्चे	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
अन्य (बताएं):	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. सामाजिक इतिहास

जन्म का स्थान _____

क्या हाल में अमेरिका के बाहर कोई यात्रा की? हाँ नहीं

नशीले पदार्थों का उपयोग	वर्तमान भूतपूर्व कभी नहीं	प्रारंभ करने की तारीख	सबसे हालिया उपयोग की तारीख	आप कितनी बार उपयोग	आप कितनी मात्रा में उपयोग	छोड़ने के लिए तैयार हैं?
शराब	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
बीयर	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
तेज शराब	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
सिगरेट	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
ई-सिगरेट	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
अन्य तंबाकू	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
मारिजुआना	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
मेथामफेटामाइन्स	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
कोकीन/क्रैक	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
पीसीपी	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
हेरोइन	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
एक्सटेसी	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
एलएसडी	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं
अन्य (बताएं):	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>					<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं



14. क्या आपने पिछले 6 महीनों में निम्न में से किसी का अनुभव किया है? (कृपया जो लागू हों उन सब पर निशान लगाएं)

शरीर रचना संबंधी

- आसानी से क्लान्त/थक जाते हैं
- वजन कम होना: (____) पाउंड
- नींद आने में कठिनाई
- भूख मर जाना
- बार-बार दर्द या तकलीफ होना
- बुखार
- रात में पसीना आना

आंखें

- धुंधली या दोहरी दृष्टि
- आंखों में दर्द या जलन
- आंख की अन्य समस्याएं

आंख/नाक/गला

- मुंह में खट्टा स्वाद
- पेट की सामग्री मुंह में आना
- साइनस जमाव या दर्द
- कान दर्द
- बार-बार मसूड़े से खून आना
- गले में खराश
- कर्कश आवाज
- दांतों की गंभीर सड़न

हृदय संबंधी

- सीने में दर्द
- स्पंदन (दिल की धड़कन तेज़ होना)
- रात में सांस फूलने से जाग जाना

सांस संबंधी

- दमा/खरखराहट
- सांस फूलना
- खांसी में खून आना
- बार-बार संक्रमण

गुर्दा/मूत्राशय

- बार-बार पेशाब होना
- पेशाब करने में दर्द
- पेशाब में खून
- असंयम/पेशाब का रिसाव

रक्त/लसीका

- अनीमिया
- बड़ी लसीका ग्रंथियां
- आसानी से रक्तस्राव या नील पड़ना
- खून के थक्के
- खून चढ़ाना

अंतःसावी

- बहुत गर्म या ठंड महसूस करना

त्वचा

- चकत्ता
- त्वचा पर नई वृद्धि
- अल्सर, घाव या लाल धब्बे

तंत्रिका संबंधी

- बार-बार सिरदर्द होना
- चक्कर आना
- सुन्नपन या झुनझुनी
- बाहों/पैरों की कमजोरी
- स्मृति हानि

मांसपेशीयकंकालीय

- जोड़ों में दर्द/गठिया
- कमजोरी
- पीठ दर्द
- एकाधिक टूटी हड्डियां

मनोवैज्ञानिक

- काम पर तनाव
- घर पर तनाव
- उदास/ खिन्न महसूस करना
- बेचैनी/ चिंतित महसूस करना
- जीवन का आनंद न उठाना
- सेक्स में रुचि खो देना
- अप्रिय विचार
- अवसाद

अन्य

- यौन समस्याएं
- भारी/असामान्य मासिक धर्म संबंधी रक्तस्राव

खाली छोड़े गए बॉक्स नकारात्मक हैं