

Patient Registration Form

ONLY FOR CLINIC USE / फक्त दवाखान्याच्या वापराकरिता

Patient ID

Folder ID

Registration Date

Personal Details / वैयक्तिक माहिती

Surname / आडनाव

Name / नाव

Father / Husband / वडिलांचे / पतीचे

Date of Birth / जन्म

Age / वय

Gender / लिंग

Occupation: Service, Business, housewife /
व्यवसाय : नोकरी / उद्योग / गृहिणी

Weight(Kg) / वजन

Height(Cm) / उंची

Blood Group / रक्तगट

Complete Postal Address / संपूर्ण पत्ता

Area / विभाग

City / शहर

Pin / पिन

Mobile No. / मोबाइल क्रमांक

STD Code - Landline / एसटीडी कोड - लॅंडलाईन

E-Mail / ईमेल

Emergency Mobile / तातडीचा मोबाइल

Emergency Contact Name / व्यक्तीचे नाव

Personal Medical Details / वैयक्तिक वैद्यकीय माहिती

Hypertension
उच्च रक्तदाब

☐

Diabetics
मधुमेह

☐

Cholesterol
कोलेस्टेरॉल

☐

IHD
हृदयरोग

☐

BR-Asthma
दमा

☐

Thyroid
थायराईड

☐

Smoking
धुम्रपान

☐

Tobacco
तंबाखू

☐

Liquor
मद्यपान

☐

Medical History - अतिरिक्त वैद्यकीय माहिती

Past - Current Medicines / मागील - सध्या चालू असलेली औषधे

Past - Current Diseases / मागील - सध्या असलेले रोग / व्याधी

Allergies (if any) / अॅलर्जी

Previous Surgeries / मागील शस्त्रक्रिया

Past Doctor/s - या आधीच्या डॉक्टरांची माहिती

Family Medical History / काउंटिबिक वैद्यकीय माहिती

Hypertension
उच्च रक्तदाब

☐

Diabetics
मधुमेह

☐

Cholesterol
कोलेस्टेरॉल

☐

IHD
हृदयरोग

☐

BR-Asthma
दमा

☐

Thyroid
थायराईड

☐

Smoking
धुम्रपान

☐

Tobacco
तंबाखू

☐

Liquor
मद्यपान

☐

Medical History - अतिरिक्त वैद्यकीय माहिती

I hereby declare that the information I have furnished above is at best of my knowledge and true; If there are any changes in future, It is my responsibility to inform you during my next visit; I am giving my consent to disclosure of my protected health information to carry out treatment, and medical analysis purpose.

वर दिलेली माहिती माझ्या माहितीप्रमाणे खरी आहे आणि यात काही बदल झाल्यास पुढील भेटीत कळवणे हि माझी जबाबदारी राहिल, माझी माहिती हि वैद्यकीय विश्लेषण व इतर विश्लेषणा करिता वापरण्यात येईल याची मला कल्पना आहे व यास माझी संमती आहे.

Operator's Name & Signature
ऑपरेटरचे नाव आणि सही

Patient's Signature
रुग्णाची सही