

# స్పిరిచ్యువల్ ట్యాబ్లెట్ రిసర్చ్ ఫౌండేషన్

## కేస్ షీట్

రిజిస్ట్రేషన్ నంబర్: \_\_\_\_\_ స్థలం: \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

పేషెంట్ పేరు: \_\_\_\_\_ చదువు: \_\_\_\_\_

ఆడ / మగ: \_\_\_\_\_ వయస్సు: \_\_\_\_\_ పేషెంట్ వృత్తి: \_\_\_\_\_

తండ్రి / భర్త / గార్డియన్: \_\_\_\_\_ వృత్తి: \_\_\_\_\_ వయస్సు: \_\_\_\_\_

చిరునామా(పోస్టల్)

ఇల్లు:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ఆఫీస్:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ఫోన్ నెంబర్లు

ఇల్లు: (లాండ్ లైన్) \_\_\_\_\_

మొబైల్: \_\_\_\_\_

ఆఫీస్: (లాండ్ లైన్) \_\_\_\_\_

ఈ- మెయిల్ ఐడీ: \_\_\_\_\_

అనారోగ్యం క్లుప్తంగా: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

అనారోగ్యం ఎన్నాళ్ళ నుండి: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

ఇతరములు: \_\_\_\_\_

టెస్టుల వివరములు: \_\_\_\_\_

గతంలో వొత్తిడి(మానసిక/సామాజిక): \_\_\_\_\_

ప్రస్తుత చికిత్స (మందులు/సర్జరీ): \_\_\_\_\_

శాకాహారం (అవును/కాదు): \_\_\_\_\_ అయితే, నెల: \_\_\_\_\_ సం||: \_\_\_\_\_ అనసానాసతి ధ్యానం ఎన్నాళ్ళ నుండి: \_\_\_\_\_ నెల: \_\_\_\_\_ సం||: \_\_\_\_\_

వివాహిత / అవివాహిత / వేరే కుటుంబం/ఉమ్మడి కుటుంబం /L/ M/H క్లాసు/కుటుంబం సహకారం కలదు లేదు: \_\_\_\_\_

ఇతర ఆధ్యాత్మిక పద్ధతులు(పూజ/మంత్రం/జపం/యోగ): \_\_\_\_\_

ఎవరు రిఫర్ చేసా రు: \_\_\_\_\_

అడ్రెస్:

కుటుంబ వ్యక్తం:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

పిన్: \_\_\_\_\_ మొబైల్: \_\_\_\_\_

ఈ- మెయిల్ ఐడీ: \_\_\_\_\_

నింపిన తేదీ: \_\_\_\_\_

సంతకం: \_\_\_\_\_

నింపిన ప్రదేశం: \_\_\_\_\_

GPM పేరు: \_\_\_\_\_

