

# রোগীলিপি বিবরণী ফর্ম

## উদ্দেশ্য ও প্রয়োজনীয়তাঃ

পরামর্শ প্রার্থী রোগীরা নিম্নের রোগীলিপি ফর্ম এর মাধ্যমে তাদের সমস্যা বিবরণ তুলে ধরতে পারেন। এখানে উল্লেখ্য সঠিক ঔষধ নির্ণয় এর জন্য সঠিকভাবে রোগীলিপি তৈরি করা ও তা সঠিকভাবে পর্যালোচনা করে ঔষধ নির্ধারণ করা খুবই প্রয়োজন।

রোগীলিপি তৈরী করার জন্য প্রতিটি রোগীকে কিছু প্রশ্ন করা হবে। এই প্রশ্নগুলো নিম্নোক্ত তথ্যগুলো জানার জন্য করা হবে। যতটা সম্ভব বিস্তারিত অর্থাৎ কোন কিছু গোপন না করে সমস্যার সাথে সঙ্গতিপূর্ণ ক্ষুদ্রাতিক্ষুদ্র বিবরণ স্পষ্ট ভাষায় দেয়ার জন্য অনুরোধ করা যাচ্ছে। এখানে উল্লেখ্য যে, কোন সমস্যার বিবরণ দেয়ার সময় আপনি নিজে কোন বিষয়কে বা বর্তমান অবস্থায় চিকিৎসাধীন অন্য কোন সমস্যাকে উল্লেখ করা অপ্রয়োজনীয় মনে করে আড়াল করবেন না। বর্তমানে যা যা কিছু সমগ্র শরীরে ও মনে উপলব্ধি করছেন অথবা যে যে সমস্যা, উপলব্ধি, ব্যাথা, বেদনা, জ্বালা, যন্ত্রণা অথবা শরীরের কোন অঙ্গের বিকৃতি দ্বাড়া অসুস্থ হয়ে পড়েছেন বা নিজেকে অসুস্থ ভাবছেন বা স্বাভাবিক সুস্থ অবস্থা থেকে যা ভিন্নতর অসুস্থ অবস্থা মনে হচ্ছে তার সবটুকু বিবরণ নিজের ভাষায় লেখার চেষ্টা করবেন।

প্রশ্নগুলোর মাধ্যমে নিম্নোক্ত তথ্যগুলো জানার চেষ্টা করা হবে-

১. রোগীর মানসিক অবস্থা।

২. শারিরীক সমস্যার বিবরণ।

৩. যে যে কারণে সমস্যাগুলো অথবা অসুস্থ অবস্থা তৈরী হতে পারে তা নির্ণয়।

৪. কি কি অবস্থা রোগীর অসুস্থ অবস্থায় উপশম দিতে পারে বা তার রোগ যন্ত্রণা বাড়িয়ে দিতে পারে তা নির্ণয়, যেমন- গরম আবহাওয়া, ঠান্ডা পরিবেশ, শীত গ্রীষ্ম, বর্ষা, গরম জলের পট্টি অথবা ঠান্ডা অথবা বরফ শিতল জলের দ্বাড়া ধৌতকরণ বা ধীরে ধীরে স্পর্শকরণ ইত্যাদি।

রোগীর নামঃ (আবশ্যিক)

-----

ইমেইলঃ

-----

মোবাইল নাম্বারঃ (আবশ্যিক)

-----

পূর্ণ ঠিকানাঃ

-----

১. আপনার প্রধান সমস্যার কথা বিস্তারিতভাবে বলুন।(আবশ্যিক)

-----

২. উক্ত সমস্যার পাশাপাশি অন্য কি কি সমস্যা আপনি অনুভব করছেন বা অন্য কি কি সমস্যার জন্য চিকিৎসা নিচ্ছেন?

-----

৩. উক্ত সমস্যাগুলো আপনার মনে কি কি ধরনের অনুভূতি তৈরী করেছে?

-----

৪. উক্ত সমস্যাগুলো আপনার মন-মানসিকতার কি কি ধরনের পরিবর্তন সৃষ্টি করেছে?

-----

৫. যখন আপনি অসুস্থ বোধ করেন তখন আপনার কি ধরনের অনুভূতি হয়? একটু বিস্তারিত ভাবে ব্যাখ্যা করে বলবেন।

-----

৬. আপনার সমস্যাটি ঠিক কখন থেকে শুরু হয়? আপনি কি আপনার সমস্যার সাথে অন্য কোন ঘটনা বা অসুস্থতার কোন যোগসূত্রের কথা বলতে পারবেন?

-----

৭. দিন অথবা রাতের ঠিক কোন সময়ে আপনি সর্বাধিক অসুস্থ বোধ করেন?

-----

৮. কি কি বিষয় বা অবস্থা আপনার অসুস্থতাকে বাড়িয়ে দেয়? কি কি বিষয় বা অবস্থা আপনার অসুস্থ অবস্থাতে কিছুটা উপশম দেয়?

-----

৯. আপনি কি মনে করেন আপনার অসুস্থ অবস্থার সাথে কোন ঘটনা বা শারীরিক পরিবর্তন জড়িত (মহিলাদের মাসিককালীন অবস্থা বা সময়)?

-----

১০. কখন আপনি তুলনামূলকভাবে ভালো বোধ করেন (যেমনঃ গরম বা ঠান্ডা আবহাওয়া, শুষ্ক বা শীতকালীন অথবা ভিজা বা বর্ষাকালীন আবহাওয়া)?

-----

১১. আপনার মন-মানসিকতা কেমন- লাজুক / উদ্যোগি / বন্ধুবৎসল / মেজাজি / সহজেই পরিবর্তনশীল / অলস / ভীত / ঝগরাটে?

-----

- ঝড়-বৃষ্টি / বর্জপাতের সময় আপনার কি ধরনের অনুভূতি হয়?

-----

- কঠিন সময়ে আপনি কি সবার সাথে আপনার কষ্টগুলো ভাগাভাগি করে নিতে পছন্দ করেন না একা একা সেগুলো সমাধান করার চেষ্টা করেন?

-----

- আপনি কি রং / গন্ধ / উচ্চ শব্দ / অত্যধিক আলোর প্রতি অনুভূতিপ্রবণ। এগুলোর কোনটি কি আপনার অসুস্থতাকে বাড়িয়ে তোলে?

-----

- আপনার কি দাত দিয়ে নখ কাঁটা, অযথাই কান্নাকাটি করা, নিজের সাথে কথা বলা -এই ধরনের কোন স্বভাব আছে?

-----

- আত্মীয়-স্বজন, পাড়া-প্রতিবর্শী, বন্ধু-বান্ধব, বাবা-মা, ভাই-বোন, সন্তান, স্বামী / স্ত্রীর সাথে আপনার সম্পর্ক কেমন?

-----

১২. আপনি কি কোন বিষয় অনুভব করে বা ভাবনা-চিন্তা করে উক্ত বিষয় নিয়ে ভয় পান বা ভয়ে থাকেন?

-----

১৩. আপনি কি কোন বিষয় বা ঘটনা প্রায়ই স্বপ্ন দেখেন। আপনার স্বপ্ন সাধারণত কেমন হয়?

-----

১৪. আপনি কি ধরনের খাবার খেতে পছন্দ করেন? কোন কোন খাবার অপছন্দ করেন?

-----

১৫. আপনার তৃষ্ণা কেমন? একবারে কতটুকু পানি পান করেন?

-----

১৬. আপনার ক্ষুধা কেমন? স্বাভাবিক / কম / বেশী?

-----

১৭. এমন কোন খাবার আছে যা খেলে আপনার সহ্য হয়না / সমস্যা হয়?

-----

১৮. আপনার ঘাম কেমন হয়? ঘাম কোথায় বেশি হয়- মাথায় / ঘাড় / বুকে / পিঠে / হাতে / পায়ে / সমগ্র শরীরে?

-----

১৯. আপনার খাবার হজম হয় কেমন? কোষ্ঠবদ্ধতা / কষা ভাব আছে কি / প্রায়ই কি উদরাময় বা আমাশয় জাতীয় সমস্যা হয়?

-----

২০. আপনার ঘুম কেমন হয়? আপনি কি নির্দিষ্ট কোন অবস্থায় ঘুমাতে পছন্দ করেন। ডান দিকে অথবা বাম দিকে পাশ ফিরে ঘুমালে কি কোন সমস্যা হয়?

-----

২১. আপনি কি আপনার যৌন চাহিদা পরিপূর্ণভাবে মেটাতে পারেন? এ সংশ্লিষ্ট কোন সমস্যা আছে কি?

-----

২২. আপনি নিজেকে অন্যদের চাইতে কিভাবে আলাদা মনে করেন? আপনার মধ্যে এমন কি ভালো গুণ / খারাপ গুণ আছে যা অন্য কারো মধ্যে নেই?

-----

২৩. আপনি আপনার সমস্যাগুলোর জন্য কি ধরনের চিকিৎসা পূর্বে গ্রহণ করেছেন?

-----

২৪. এমন কোন সমস্যা আছে কি যার চিকিৎসা নেয়ার পর তা চাঁপা পড়ে / ভালো হয়ে কিছুদিন পরেই নতুন কোন সমস্যা বা অসুস্থতার সৃষ্টি হয়েছে?

-----

২৫. আপনার পরিবারের অন্যান্যদের মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ কি কি অসুস্থতা আছে?

-----

২৬. আপনি দেখতে কেমন? ওজন ও উচ্চতা কত? নিজের সম্বন্ধে কিছু বলুন।

-----

২৭. শুধুমাত্র মহিলাদের জন্যঃ

- আপনার মাসিক কি স্বাভাবিক সময়ের পূর্বে / সঠিক সময়ে / পরে হয়?

-----

- মাসিকে আগে / সময়ে / পরে কি কোন ধরনের সমস্যা / ব্যাথা / যন্ত্রণা / জ্বালা হয়?

-----

- মাসিকের সময় মন-মানসিকতার কি ধরনের পরিবর্তন হয়?

-----

- মাসিকের রক্তস্রাব কি কম / স্বাভাবিক / অত্যাধিক বেশী হয়?

-----

- মাসিকের রক্তস্রাব কি টাটকা গাঢ়ো লাল / পাতলা / ঘোলাটে / কালো হয়?

-----

- মাসিকের রক্তস্রাবে কি কোন প্রকারের জমাট বাঁধা রক্তের চাপ দেখতে পান?

-----