



NABH ACCREDITED



**MGM**  
**NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI**



Organization Accredited by  
Joint Commission International  
JCI ACCREDITED

### रुग्ण / नातेवाईक स्वतः प्रपत्र

रुग्णाचे नाव \_\_\_\_\_ वय/लिंग \_\_\_\_\_ यु.एच.आय.डी. \_\_\_\_\_

मी \_\_\_\_\_ खालील नमूद

केलेले आजार मला पूर्वी पासून आहेत. आणि मी सांगितलेली माझ्या आजाराची तब्येतीच्या तक्रारीची पूर्ण माहीती खरी आहे. आणि मी दिलेला माहीतीची पूर्ण जबाबदारी माझी आहे.

**पूर्व विद्यमान रोग :**

उच्च रक्तदाब	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून
मधुमेह / प्रमेह	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून
थायरॉइड	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून
संधीवात	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून
कर्करोग	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून
हृदयाचे विकार	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> किती महीने / वर्षापासून

होय, काय \_\_\_\_\_

किती वर्षापासून \_\_\_\_\_

रुग्णाचे नाव आणि सही / नातेवाईकाचे नाव आणि सही