

## 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 माहिती खरी आहे. आणि मी दिलेली माहितीची पूर्ण जबाबदारी माझी आहे.

पूर्व विद्यमान रोग :

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

होय, काय \_\_\_\_\_

किती वर्षांपासून \_\_\_\_\_

  
रुग्णाचे नाव आणि सही / नातेवाईकाचे नाव आणि सही