

DR. MUNJAL THAKAR'S CLINIC

Classical Homeopath

કૃપા કરી આ પ્રાથમિક ફોર્મ ભરશો જેથી સવિસ્તાર કેસ લેતાં પહેલાં ડૉક્ટર આપની તકલીફોથી વાકેફ થઈ શકે.

અહીં નીચે આપેલી જગ્યામાંજ જવાબ લખો

નામ

ઉંમર/જન્મ તારીખ

લિંગ : નર / યાદ

અભ્યાસ

રહેઠાણનું સરનામું

ઓફિસનું સરનામું

ટેલિફોન

મોબાઇલ

ઈ-મેઇલ :

૧. આપની કઈ શારીરિક / માનસિક સમસ્યાઓનું નિવારણ ઈચ્છો છો ? આપની તકલીફ વર્ણવો.

એ.

બી.

સી.

ડી.

૨ ઉપર જણાવ્યા સિવાયની અન્ય તકલીફ હોય. તો જણાવો.

એ

બી.

સી.

૩. ઉપર ૧ અને ૨ માં જણાવેલ સમસ્યાઓમાંથી કઈ સમસ્યાઓ વધુ તકલીફ ધારી છે?

૪. આ સમસ્યાથી તમારા રોજિંદા જીવનમાં શું અસર પડે છે? / બાધા ઉત્પન્ન થાય છે?

૫. આપનો નિત્યક્રમ જણાવો.

૬. આપ કયા પ્રકારનું કામ / વ્યવસાય / ધંધો કર્યો છે?

૭. આપની કૌટુંબિક માહિતી આપો તથા હાલ આપની સાથે કોણ રહે છે. તે જણાવો.

૮. હાલમાં આપ જીવનમાં તણાવનો અનુભવ કરો છો ? જણાવો.

૯ અત્યાર સુધી આપના જીવનનો સૌથી વધુ તણાવ મુક્ત સમય કયો રહ્યો છે?

૧૦. આપના જીવનની સૌથી આનંદની ક્ષણો કઈ છે?

૧૧. આપના શોખ, રસના વિષયો વિશે જણાવો.

૧૨. ભૂતકાળમાં આપે કોઈ માંદગી અનુભવી છે ?

એ. છેલ્લા એક વર્ષમાં

બી. છેલ્લા પાંચ વર્ષમાં

સી. છેલ્લા દસ વર્ષમાં

૧૩. શું હાલમાં આપ કોઈ દવા લો છો? (સવિસ્તાર વિગતો જણાવશો)

(હવે પછીની એપોઈન્ટમેન્ટ માટે આપના રીપોર્ટસ તથા ફાઈલ અચુક સાથે લાવશો.)