

DR. MUNJAL THAKAR'S CLINIC  
Classical Homeopath

બાળકો માટેનું ફોર્મ

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

અહીં નીચે આપેલી જગ્યામાંજ જવાબ લખો

બાળકનું નામ

ઉંમર/જન્મ તારીખ

લિંગ : નર / માદા

અભ્યાસ

પિતાનું નામ

પિતાની ઉંમર

પિતાનો વ્યવસાય/હોદ્દો

માતાનું નામ

માતાની ઉંમર

માતાનો વ્યવસાય/હોદ્દો

રહેઠાણનું સરનામું :

ઓફિસનું સરનામું :

ટેલિફોન

મોબાઈલ

ઈ-મેઈલ :

૧. હાલમાં બાળકને શી તકલીફ છે ? (શેનાથી પીડાય છે ?)

૨. ઉપર જણાવ્યા સિવાયની અન્ય તકલીફ ?

૩. જન્મથી અત્યાર સુધી બાળકને કઈ તકલીફ / માંદગી આવેલ છે?

જન્મ સમયે :

૧ વર્ષની ઉંમર સુધી :

૧ થી ૩ વર્ષની ઉંમરમાં :

૩ થી ૬ વર્ષની ઉંમરમાં :

૬ વર્ષની ઉંમર પછી :

૪. શું બાળકને રસી અપાવેલ છે ? રસીકરણબાદ કોઈ તકલીફ થઈ છે ?

૫. ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન માતાને કોઈ શારીરિક તકલીફ હોય, તો જણાવો.

એ.

બી.

સી.

ડી.

૫. પરિવારના અન્ય સભ્યને કોઈ માંદગી હોય તો જણાવશો.

માતા :	ભાઈ / બહેન :
માતાની માતા :	પિતા :
માતાનાં પિતા :	પિતાની માતા :
	પિતાના પિતા :

૬. બાળક સાથે ઘરમાં અન્ય કઈ વ્યક્તિઓ રહે છે ?

૭. બાળક સાથે રહેતાં સગા / પિતરાઈ ભાઈ - બહેનોની ઉંમર જણાવો.

૮. દિવસનાં મોટા ભાગનાં સમયમાં બાળકની દેખરેખ કોણ કરે છે? (જો માતા નોકરી / ધંધામાં વ્યસ્ત હોય)

૯. શું તમારા બાળકને ઘરમાં કે બહાર કોઈ ચોક્કસ બાળક સાથે ની હાજરીમાં તકલીફ થાય છે? જણાવશો.

૧૦. શું બાળકને ઘરની કે શાળાની કોઈ મોટી વ્યક્તિ સાથે તકલીફ થાય છે? કોણ?

૧૧. બાળક વિશે શાળાનાં શિક્ષકોનું શું અભિપ્રાય છે ?

૧૨. બાળકનો સ્વભાવ વર્ણવો.