

डॉक्टर की मुलाकात तैयारी पत्र

मेरे चिकित्सक का नाम : _____

क्लिनिक का पता: _____

मेरी मुलाकात की तारीख और समय : _____



AIMGA



Alberta International Medical Graduate Association

आप चिकित्सक की मुलाकात से पहले क्या करें?...



अपने चिकित्सक के क्लिनिक को फोन करके प्रतीक्षा समय की जांच करें।



दोस्त, परिवार या दुभाषिए को साथ लेकर जाएं।



अपनी तकलीफ, दवाई और प्रश्न को लिख कर तैयार रखें।



अगर आप दिये गए मुलाकात के समय और तारीख पर ना जा पाएं तो क्लिनिक को फोन कर बताएं।

आपकी मुलाकात के समय साथ क्या लेकर जाएं ?



दवाइयाँ : _____

जरूरी कागज / रिकॉर्ड: _____

अन्य : _____

आपकी चिकित्सक के मुलाकात के समय



आप डॉक्टर को देखने और कागजी कार्रवाई भरने से पहले प्रतीक्षा करेंगे।



नर्स रक्तचाप, लंबाई और वजन जैसे कुछ माप कर सकती हैं।

क्या आपके पास डॉक्टर के लिए प्रश्न हैं ?

1. _____

2. _____

3. _____

मुलाकात के बाद आप...



स्टाफ़ से अपनी ज़रूरत की कोई भी जानकारी लिखने के लिए कहें।



रिसेप्शनिस्ट के साथ अगली मुलाकात तय करें।



लेबोरेटरी में अगली जांच के लिए समय निश्चित करें।



पूछें कि क्या आपका बीमा दवा की लागत को कवर करता है।



My Health Records पर ऑनलाइन टैस्ट परिणाम और वैक्सीन इतिहास देखें।



यह पूछने के लिए हेल्थलैक(811) को कॉल करें कि क्या आपको अस्पताल जाने की आवश्यकता है।

मुलाकात के बाद आपको क्या करने की आवश्यकता है?

आप चिकित्सक को क्यों दिखाना चाहते हैं?

आप कैसा महसूस कर रहे हो?

1. आप बता सकते हैं की आपको क्या हो रहा है ? _____
2. आपको क्या लगता है ऐसा क्यों हो रहा है ? _____
3. यह कब शुरू हुआ? _____ यह कितने समय से है ? _____
4. ऐसा पहली बार हुआ है ? हां ना
5. क्या कुछ इसे बेहतर बनाता है? हां ना _____
6. क्या कुछ इसे खराब करता है? हां ना _____

क्या आपने निम्न में से कोई परिवर्तन देखा है?



सामान्य

1. दर्द: हां ना
2. थकान : हां ना
3. वजन घटना: हां ना
4. बुखार : हां ना
5. सोने में दिक्कत : हां ना
6. त्वचा में परिवर्तन: हां ना
7. रक्ततसाव: हां ना
8. मासिक धर्म में बदलाव: हां ना



मूड और सोच

1. अक्सर बातें भूल जाना: हां ना
2. दुः खी महसूस करना: हां ना
3. चिंता होना: हां ना



पाचन

1. निगलने में कठिनाई: हां ना
2. जी मिचलाना / उल्टी: हां ना
3. मूत्र परिवर्तन: हां ना
4. आंत्र परिवर्तन: हां ना



श्वास और हृदय

1. छाती में दर्द: हां ना
2. खाँसी: हां ना
3. सांस लेने में दिक्कत: हां ना
4. तेजी से दिल धड़कना: हां ना

अन्य

क्या आपको कभी निम्न में से कोई हुआ है?

मौजूदा पुरानी मेडिकल तकलीफ ? हां ना

यदि हां, तो आपकी क्या मेडिकल तकलीफ है (उच्च रक्त चाप, हृदय की बीमारी) ?

अस्पताल में भर्ती? हां ना क्यों? _____

पिछले एक साल में यात्रा की? हां ना कहाँ ? _____

दवा से एलर्जी? हां ना कौन सी ? _____

क्या आप वर्तमान में काम कर रहे हैं? हां ना

घर पर कौन आपका ध्यान रख सकता है? _____

