

# د داکټر سره د ملاقات د تیاری معلوماتی وسیله

زما د داکټر نوم:

زما د داکټر پته:

د داکټر سره د ملاقات نیته او وخت:



## تاسو د ملاقات نه مخکي څه کولی شي..



د داکټر دفتر ته تلیفون وکړئ او  
د انتظار وخت په اړه پوبنټه  
وکړئ



خان سره ملګري، خپلوان او  
ترجمانان راولي



خپل دوا د نارو غړي نښي او  
پوبنټي خپل داکټر ته ولیکي



که تاسو نشي راتلاي نو بيا په  
تلیفون د داکټر دفتر ته خبر  
ورکړئ



ایا تاسو اړتیا لری چې ستاسو د ملاقات لپاره څه راوړی

دوا:

ضروري کاغذونه یا ریکارډ:

نور څه:

## کله چې تاسو خپل ملاقات ته راشی



تاسو ممکن انتظار وکړئ او  
کیدای شي ځیني کاغذونه ډک  
کړي

ایا تاسو د داکټر لپاره څه پوبنټي لری؟

.1



کیدای شي نرس مختلف شیان  
وګوري لکه د ویني فشار، وزن  
او قد

.2

.3

## د داکټر سره د ملاقات نه وروسته



کارمندانو ته ووای چې  
ستاسو لپاره ضروري  
معلومات ولیکي



استقبال کونکی سره د  
داکټر بل راتلونکی  
ملقات نیته او وخت  
تنظيم وکړئ



لیبیاریزی کی خپل  
راتلونکی تستونه بک  
کړي



ایا ستاسو بیمه ستاسو د  
دوا لګښت اخلي؟



تاسو خپل ټیستونو نتیجه او  
واکسین په  
[My Health Records](#)  
لیدلی شي



که تاسو اړتیا لری  
روغتون ته لار شئ نو په  
811 تلیفون وکړئ

د ملاقات وروسته تاسو څه کولو ته اړتیا لری؟

# تاسو ولی داکټر ته راغلی بي

## تاسو څنګه بي

تاسو واپلي شئ چي ستاسو سره څه تيرېږي؟

تاسو فکر کوي چي دا ولې پېښېږي؟

دا ګله شروع شو؟

دا د څومره وخت لپاره دی؟

ایا دا لوړۍ ځل دی چي داسې پېښېږي؟  نه

ایا کوم شی دا بنه کوي؟  نه

ایا کوم شی دا خرابوي؟  نه

## ایا تاسو سه قسم بدلون څیدلی دی



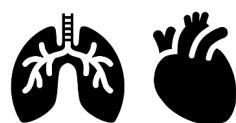
عمومي



هاضمه

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه | درد<br>ستوماني<br>د وزن کمول<br>تبه<br>د خوب کولو مشکل<br>د پوستکي بدلونونه<br>خونریزی<br>په حیض کي بدلون | .i<br>.ii<br>.iii<br>.iv<br>.v<br>.vi<br>.vii<br>.viii |
|---|---|--|

- |  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه | د تيريدلو مشکل<br>زړه بدی/کانګ<br>د بولو یا ادرارمشکل<br>دکي متیازو مشکل | .i<br>.ii<br>.iii<br>.iv |
|--|--|--------------------------|



تنفس او زړه



مزاج او فکر

- |   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه | د شیانو هیرول<br>د خپکان احساس<br>د انډېښمن احساس/ | .i<br>.ii<br>.iii |
|---|--|-------------------|

- |  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه<br><input type="checkbox"/> نه | د سینه درد<br>توخي<br>په تنفس کي مشکل<br>د زړه تیز رفتار | .i<br>.ii<br>.iii<br>.iv |
|--|--|--------------------------|

نوري ستونزی

## ایا تاسو دا لاندې کي سه لرئ؟

اوږدمهاله ناروغری  نه

که تاسو دا لرئ نو کومه ناروغری ده

په روغتون کي داخله  نه  
په تير کال کي سفر  نه  
د دوا سره حساسیت  نه

ایا تاسو روزکار لرئ  نه  
په کور څوک کي ستاسو ملاتر کولي شي