

# ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਤਿਆਰੀ ਪੱਤਰ

ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਮੇਰੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮਾਂ: \_\_\_\_\_



## ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰਦੇ ਹੋ?



ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਉਡੀਕ ਸਮੇਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ।



ਦੋਸਤਾਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ।



ਆਪਣੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤਿਆਰ ਰੱਖੋ।



ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਿੱਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ।

ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਕੀ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ?



ਦਵਾਈਆਂ : \_\_\_\_\_

ਲੋੜੀਂਦੇ ਕਾਗਜ਼/ਰਿਕਾਰਡ: \_\_\_\_\_

ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

## ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੇ ਸਮੇਂ



ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਅਤੇ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।



ਨਰਸ ਤੁਹਾਡਾ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ, ਉਚਾਈ ਅਤੇ ਭਾਰ ਵਰਗੇ ਮਾਪ ਲੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਲਈ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## ਤੁਸੀਂ ਮੁਲਾਕਾਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ..



ਸਟਾਫ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖਣ ਲਈ ਕਹੋ।



ਰਿਸੈਪਸ਼ਨਿਸਟ ਨਾਲ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦਾ ਸਮਾਂ ਤਹਿ ਕਰੋ।



ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਵਿੱਚ ਅਗਲੇ ਟੈਸਟ ਲਈ ਸਮਾਂ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ।



ਪੁੱਛੋ ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੀਮਾ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲਾਗਤ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।



ਮਾਈ ਹੈਲਥ ਰਿਕਾਰਡਸ 'ਤੇ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਆਨਲਾਈਨ ਦੇਖੋ।



ਹੈਲਥਲਿੰਕ (811) ਨੂੰ ਇਹ ਪੁੱਛਣ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰੋ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਮੁਲਾਕਾਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

\_\_\_\_\_

# ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਿਉਂ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਦਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? \_\_\_\_\_

1. ਤੁਸੀਂ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_
2. ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਕਿਉਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_
3. ਇਹ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ? \_\_\_\_\_ ਇਹ ਕਿੰਨੇ ਚਿਰ ਤੋਂ ਹੈ? \_\_\_\_\_
4. ਕੀ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
5. ਕੀ ਕੁਝ ਇਸ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ \_\_\_\_\_
6. ਕੀ ਕੁਝ ਇਸ ਨੂੰ ਵਿਗਾੜਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ \_\_\_\_\_

## ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੇਖਿਆ ਹੈ?



ਜਨਰਲ

1. ਦਰਦ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
2. ਬਕਾਵਟ :  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
3. ਵਜ਼ਨ ਘਟਣਾ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
4. ਬੁਖਾਰ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
5. ਸੌਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
6. ਚਮੜੀ ਦੇ ਬਦਲਾਅ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
7. ਖੂਨ ਵਹਿਣਾ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
8. ਮਾਹਵਾਰੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ



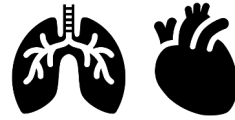
ਮੂਡ ਅਤੇ ਸੋਚ

1. ਅਕਸਰ ਚੀਜ਼ਾਂ ਭੁੱਲ ਜਾਣਾ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
2. ਉਦਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
3. ਚਿੰਤਾ ਹੋਣਾ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ



ਪਾਚਨ

1. ਨਿਗਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
2. ਮਤਲੀ / ਉਲਟੀਆਂ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
3. ਪਿਸ਼ਾਬ ਤਬਦੀਲੀ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
4. ਮਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ



ਸਾਹ ਅਤੇ ਦਿਲ

1. ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
2. ਖੰਘ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
3. ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ :  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
4. ਤੇਜ਼ ਦਿਲ ਦੀ ਧੜਕਣ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਹੋਰ

## ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਹੋਇਆ ਹੈ?

ਮੌਜੂਦਾ ਪੁਰਾਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਮੱਸਿਆ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ (ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ, ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ)?

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਕਿਉਂ? \_\_\_\_\_

ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਕਿੱਥੇ? \_\_\_\_\_

ਦਵਾਈ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਕਿਹੜੀ? \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_

