

## डॉ. जुगल किशोर क्लीनिक

डॉ. जुगल किशोर

बी. एससी. डी.एम.एस., एम.डी.

डॉ. अरविंद किशोर

एम.बी.बी.एस., एम.एफ. (लंदन)

86, गॉल्फ लिंक्स, नई दिल्ली-110003 फोन: 011-24631816, 24631817 फैक्स: 011-24652234

ईमेल: [docskishore@hotmail.com](mailto:docskishore@hotmail.com) वेबसाइट: [drjugalkishoresclinic.com](http://drjugalkishoresclinic.com)

केस रिकार्ड फार्म

# डॉ. जुगल किशोर क्लीनिक

डॉ. जुगल किशोर  
बी. एससी. डी.एम.एस., एम.डी.

डॉ. अरविंद किशोर  
एम.बी.बी.एस., एम.एफ. (लंदन)

86, गॉल्फ लिंक्स, नई दिल्ली-110003 फोन: 011-24631816, 24631817 फैक्स: 011-24652234

ईमेल: docskishore@hotmail.com वेबसाइट: drjugalkishoresclinic.com

## केस रिकार्ड फार्म

केस क्रमांक नं	दिनांक	डायग्नोसिस (निदान)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
नाम	सरनेम (उपनाम)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
पिता/माता या पत्नी/पति का नाम		
<input type="text"/>		
उम्र	लिंग	वर्तमान वजन और लम्बाई
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
राष्ट्रीयता	विवाहित/अविवाहित विवरण	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
व्यवसाय	<input type="text"/>	
पता	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
दूरभाष	<input type="text"/>	फोटो
फैक्स	<input type="text"/>	
ईमेल	<input type="text"/>	
मोबाईल	<input type="text"/>	



## होमिओपैथिक इलाज के लिए सामान्य निर्देश

उन मरीजों के लिए जो अपना हाल स्वयं लिख रहे हों या डाक द्वारा भेज रहे हों-

इस प्रश्नावली/केस रिकॉर्ड को भरने से पहले निम्नलिखित निर्देशों को ध्यान में रखना चाहिए। हमारे परामर्श (इलाज) से आपको अधिकतम लाभ प्राप्त हो सके, इसके लिए यह आवश्यक है कि, हमें आपकी बीमारी के बारे में हर सम्भव जानकारी हो। आपने शब्दों में प्रश्नों का उत्तर देते समय अधिक से अधिक जानकारी दें-

- (1) विशेषकर यदि अपने बारे में आपको कोई बदलाव या सामान्य से अलग बात नज़र आई हो।
- (2) जहां तक हो डॉक्टरी भाषा का प्रयोग ना कर, बोल-चाल की भाषा में अपने बारे में ऐसे बतलाएं जैसे किसी मित्र को बतला रहे हों।

आपके लक्षणों की संपूर्ण जानकारी पाने के लिए आपसे अनंत प्रश्न पूछे गए हैं। आपको सभी प्रश्नों पर ध्यान देने का कष्ट करना होगा, क्योंकि होमिओपैथी मरीज का इलाज करती है, केवल किसी बीमारी का नहीं, इसलिए जितनी अधिक जानकारी होगी, सही दवा/उपचार करने में उतनी ही सहायता मिलेगी।

### महत्वपूर्ण

प्रयास कर स्पष्ट रूप से बतलाएं कि आपके लक्षण किस हिस्से में हैं, आपको क्या अनुभव होता है? किन कारणों/परिस्थितियों से यह घटते या बढ़ते हैं? किसी विशेष समय का प्रभाव हो तो वह भी बतलाएं।

### उदाहरणार्थ

यदि आपको कोई दर्द है तो अपने शब्दों में बतलाएं कि आप क्या महसूस करते हैं।

- दर्द किस प्रकार का है जैसे- जलन, चुभन, अकड़ा हुआ, दबाव, जैसे कोई काट रहा है, दुखन इत्यादि।
- क्या दर्द एक स्थान पर रहता है या स्थान बदलता रहता है?
- बतलाएं कि दर्द कहां से शुरू होता है और कहां जाता है?

आपके लक्षणों/तकलीफों में कैसे आराम मिलता है और वे कैसे बढ़ती हैं?

- जैसे सिरदर्द - क्या करने में, किस स्थिति में, रात या दिन, ठण्ड या गर्म सिकाई से, मौसम में बदलाव से, किन मानसिक या भावनात्मक कारणों से, दर्द आरम्भ होता है या ठीक होता है या पूर्ण रूप से चला जाता है? क्या दर्द अचानक आता या जाता है? या धीरे-धीरे आता है? या धीरे-धीरे जाता है? इत्यादि।

अपने वर्तमान रोग के बारे में बताएं

बीमारी के बारे में विस्तार से जानकारी दें। जिन कारणों से बीमारी उत्पन्न हुई है तथा वह किन कारणों से बढ़ती और घटती है।

1.

2.

3.

4.

5.

भूतकाल में हुई बीमारियां तथा उनके कारण, कृपया तिथिवत् लिखें।

कोई पैतृक बीमारी/अथवा आपके परिवार (खून के रिश्ते) में कोई बीमारी

1. एलर्जी
  - त्वचा का रोग
  - दमा
  - नजला - खांसी
2. जोड़ों का रोग
  - गठिया/बाई
3. कैंसर
4. रक्तचाप
5. मधुमेह
6. हृदय रोग
7. तपैदिक/क्षय रोग
8. यौन सम्बन्धि रोग
9. मानसिक रोग
  - घबराहट, पागलपन इत्यादि



## व्यक्तिगत जानकारी

अपने खान-पान और आदतों के बारे में विस्तृत जानकारी दें जैसे बीड़ी, सिगरेट, पान मसाला या शराब की आदत

भूख (खुराक) कम या ज्यादा या सामान्य

कृपया बताएं निम्नलिखित में आपको क्या पसन्द है +, काफी पसन्द ++, बहुत पसन्द है +++

	मीठा	नमकीन	खट्टा/अचार/चटनी	चटपटा	दूध और दूध से बने पदार्थ	अंडा	तला ओर भुना
पसन्द							
नापसन्द							

- भोजन के उपरान्त कोई पेट की तकलीफ
- जैसे - गैस बनना या खट्टा पानी बनना
- अफारा/पेट फूल जाना
- क्या भोजन देर से करने पर आपको कोई तकलीफ होती है?

## पानी की प्यास

आप दिन भर में कितने गिलास पानी पीते हैं?

क्या आपको ठंडे/गर्म, सामान्य की ज्यादा इच्छा होती है?

क्या आप सर्दी में भी बहुत ठण्डा पानी पीना चाहते हैं?

## शौच

क्या आपको दस्त/कब्ज की शिकायत रहती है?

दिन में कितनी बार आप शौच के लिए जाते हैं?

क्या शौच के साथ खून या आंव आता है?

क्या बवासीर, भगन्डर, फिस्टुला का रोग है?

## पेशाब

आप दिन/रात में कितनी बार पेशाब करते हैं?

पेशाब करने में कोई जलन/दर्द अथवा कोई तकलीफ?

पेशाब में कोई दुर्गन्ध या पेशाब रोकने में कोई तकलीफ?

## महिलायें सम्बन्धित जानकारी

प्रसूति के दौरान कोई तकलीफ

- आपके कितने बच्चे हैं?

- क्या बच्चे सामान्य रूप से पैदा हुए या ऑपरेशन द्वारा?

- कोई गर्भपात हुआ है?

महावारी आने की उम्र

महावारी के दौरान दर्द

ज्यादा खून का गिरना

महावारी से पहले कोई मानसिक तनाव या रोना आना

चिड़चिड़ापन या स्तनों में दर्द होना या कब्ज की शिकायत होना

किस उम्र में महावारी बन्द हुई

महावारी बंद होने के समय की तकलीफ

जैस अचानक पसीना आना, सिर दर्द, घबराहट, उदासीनता

## पुरुष यौन सम्बन्धित जानकारी

कोई यौन रोग

यौन सम्बन्ध के प्रति घृणा या अधिक रूझान

घात गिरना या कोई अन्य रोग

## पसीना

क्या आपको बहुत पसीना आता है?

आपको शरीर के किस हिस्से पर पसीना सबसे ज्यादा आता है?

क्या आपके पसीने से दुर्गन्ध आती है?

क्या आपको खाते/सोते समय पसीना आता है?

## नींद

क्या आपको अनिद्रा की शिकायत है?

सुबह उठने पर आप कैसा महसूस करते हैं?

क्या सोकर उठने के बाद आपकी कोई तकलीफ बढ़ जाती है?

सपने जो आप अक्सर देखते हैं।

जैसे डरावने, घबराहट वाले, गिरने के, परीक्षा सम्बन्धी, मृत लोगों के इत्यादि

## चमड़ी/त्वचा

कोई चमड़ी का रोग जैसे खारिश, दाद, चमड़ी का रंग बदलना

चमड़ी पर सफेद दाग?

आपकी चमड़ी पर मौसम का कोई असर जैसे धूप, बरसात सर्दी में बदलाव

## बालों से संबंधित समस्याएँ

बाल झड़ने की शिकायत

सिर पर रूसी या खारिश की तकलीफ

आपके शरीर पर कोई मस्सा (warts)

क्या आपकी चोट - घाव जल्दी से भर जाते हैं? या पस पड़ जाती है?



## सामान्य जानकारी

निम्नलिखित कारणों/स्थिति में आपकी क्या प्रतिक्रिया होती है?

1. सिर पर ठंडी हवा से कोई तकलीफ है?
2. ठंडी हवा में सिर ढकने की इच्छा?
3. गर्मी और सर्दी किस मौसम में बेहतर महसूस करते हैं?
4. धूप में जाने से कोई तकलीफ जैसे सिरदर्द, चमड़ी का रोग आदि?
5. बहुत देर खाली पेट रहने से तकलीफ है?
6. तंग कपड़े/बन्द गला पहनने से कोई परेशानी?
7. क्या शरीर पर बिना चोट लगे नील पड़ते हैं?
8. बैठे, खड़े, लेटे, उठते समय इन कारणों से कोई तकलीफ बढ़ती / घटती है?
9. छूने से / जोर से दबाने पर / मालिश करने से
10. रोशनी / गन्ध / शोर / (पेट्रोल, इत्र, कीटनाशक)
11. खाने से पहले या बाद या उपवास करने पर
12. सीढ़ियां चढ़ने या उतरने पर
13. पहाड़ों या समुद्र तट पर
14. 24 घंटे में किस समय आप सबसे अच्छा या बुरा महसूस करते हैं?
15. कम सोने पर

## मानसिक स्थिति

क्या आपने अपनी मानसिक स्थिति में कोई परिवर्तन महसूस किया है?

यदि हां, तो विस्तार से बताएं

1. क्या आपको किसी प्रकार का डर है? क्या उँचाई, अन्धेरे या अकेलेपन से डर महसूस करते हैं?
2. क्या आपको किसी प्रकार की शंका/शक रहता है?
3. वैचेनी और जल्दबाजी रहती है?
4. जल्दी बुरा मानते है?
5. यदि कोई आपकी निन्दा करे तो आपकी क्या प्रतिक्रिया होती है?
6. क्या आप दूसरों के प्रति अधिक प्रतिक्रिया जाहिर करते हैं, दोष निकलते हैं?
7. क्या आप झगड़ालू, जल्दी चिड़चिड़े हो जाते है?  
क्या आप अपना गुस्सा निकाल देते हैं? या पी जाते हैं?
8. क्या आप जल्दी उदासीन/दुखी हो जाते हैं?
9. क्या आप डरपोक और शर्मिली प्रकृति के हैं?
10. क्या आप घमंडी प्रवृति के हैं?

11. क्या आप में आत्महत्या करने की प्रवृत्ति/जीवन के प्रति उदासीनता है?
12. क्या आप अपने जीवन के फैसले जल्दी ले पाते हैं?
13. क्या आप अपने रिश्तों/दोस्तों या काम, की उपेक्षा करते हैं?
14. क्या आप किसी भी स्थिति में जल्दी उत्तेजित हो जाते हैं?
15. क्या आप किसी जरूरी काम जैसे परीक्षा/मिटींग/सफर से पहले घबराहट और उत्तेजना महसूस करते हैं?  
(उन परिस्थितियों की जानकारी दीजिए)
16. क्या आपका स्वाभाव शांत है अथवा बातूनी है? क्या आप जल्दी मित्रता करते हैं?
17. क्या आप बहुत प्रेमपूर्ण व्यवहार करते हैं? क्या आप चाहते हैं कि आपके प्रति प्रेम जाहिर किया जाए? क्या आप आसानी से अपना प्रेम जाहिर कर सकते हैं?
18. क्या आप संवेदनशील हैं? दूसरों के दुख से क्या आप रो पड़ते हैं?
19. क्या आप जल्दी रोते हैं? यदि हां तो बताए किन परिस्थितियों में आप धीरज खो बैठते हैं?
20. क्या आपको हमदर्दी पसन्द है?
21. क्या आप अपने मन के भाव जल्दी प्रकट करते हैं? या अपने अन्दर ही उनके बारे में सोचते रहते हैं?



22. आपकी बात का कोई खण्डन करे तो आपकी क्या प्रतिक्रिया होगी?
23. कोई काल्पनिक डर -जैसे कोई आपको नुकसान पहुँचाना चाहता है या कोई षड़यंत्र रच रहा है?
24. आपकी स्मरण शक्ति कैसी है? क्या आप एकाग्रता से काम कर सकते हैं? क्या आप लिखते या बोलते समय कोई गलती करते हैं?
25. क्या जीवन की कोई परिस्थिति आपके मन पर हावी होती है।  
(जैसे पारिवारिक/आर्थिक/व्यक्तिगत)
26. क्या सभी कार्य निपुणतापूर्वक करते हैं? क्या आप समय के भी पाबंद हैं?
27. जीवन का सबसे बड़ा दुख और खुशी जो आपने अनुभव किया हो?
28. क्या मानसिक रूप से आप तनाव मुक्त हो सकते हैं?  
जैसे छुट्टी पर, काम से आने के बाद।

भूतकाल में क्या इलाज/दवाइयाँ ली गई हैं

1.

2.

3.

4.

5.

जो जांच की गई हैं- X Ray , MRI, इत्यादि























