

## स्वास्थ्य परीक्षण प्रपत्र

1. नाम.....लिंग.....आयु.....

2. जन्म तिथि...../...../..... जन्म स्थान.....

3. पता (आवासीय).....

.....

पता (कार्यालय) .....

.....

.....

4. दूरभाष नं. ....मोबाइल नं.

.....

5. कार्यालय में कार्य समय..... कार्य

प्रकृति.....

6. रहवासीय स्थिति : खुला / प्रदूशित / हवादार एवं प्रकाशमान

आवासीय/पारिवारिक :

कार्य स्थान :

7. पारिवारिक वातावरण : तनावग्रस्त / सौहार्दपूर्ण/ सामान्य

8. आर्थिक स्थिति : आत्मनिर्भर/ आश्रित

9. स्वभाव/ मनोवृत्ति : क्रोधी/शांत, फुर्तीला/सुस्त, हँसमुख/ दुःखी, भयग्रस्त/ निर्भय

: चिंतित/चिंतामुक्त, सकारात्मक/नकारात्मक, धैर्यवान/उतावलापन

10. तनाव का कारण : पारिवारिक/ व्यवसाय-पक्ष/ सामाजिक/ आर्थिक

11. समय :

प्रातः उठने का समय:

रात्रि शयन का समय:

12. आहार का समय : प्रातः नाश्ता दिन का भोजन सायंकालिन भोजन

13. भूख : साधारण/ कम/ अधिक

14. आहार : शाकाहार/ मांसाहार

15. प्रतिदिन आप कितनी बार मुंह का उपयोग खाने/पीने की वस्तुओं के लिए करते हैं?

16. क्या आप आंशिक/ पूर्ण भोजन का त्याग करते हैं? (हां) (नहीं)

यदि हाँ तो प्रतिदिन/ साप्ताहिक/ पाक्षिक / मासिक .....

17. पानी पीने की आदत: ठण्डा/ गर्म/ अधिक ठण्डा/ अधिक गर्म

18. पानी पीने का ढंग : उषापान (प्रातःकाल खाली पेट)

: भोजन करते समय/ भोजन करने से कितना पहले

: भोजन के कितने समय उपरांत

19. क्या आप नियमित व्यायाम, प्राणायाम, स्वाध्याय, प्रार्थना, ध्यान और अन्य मानसिक और आत्मोथान हेतु कार्य करते हैं? कृपया

विस्तृत विवरण दें।

.....

20. रोग के पूर्व का इतिहास एवं ईलाज का संक्षिप्त विवरण:

जन्मजात दुर्घटनावश/शल्यचिकित्सा आनुवांशिकी उपचार का दुश्प्रभाव

21. रोग सर्वप्रथम कब ध्यान में आया?

22. वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति:

23. वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति कद ..... वजन .....

24. अब तक जो उपचार करवाया

.....

25. शरीर के किसी भाग अथवा तंत्र में विशेष खराबी हो उसका विवरण

श्वास में तकलीफ हड्डियों में तकलीफ पाचन में समस्या नाड़ी संबंधी समस्या

रक्त संबंधी समस्या त्वचा संबंधी समस्या मांसपेशियों की समस्या प्रजनन संबंधी समस्या

मूत्र संबंधी समस्या रीढ़ की हड्डी संबंधी आंख/कान/नाक/दांत/गला/मुँह के समस्याएँ

26. मल त्याग में समस्या: कब्जी ठोस आंव दस्त

27. मल त्याग: तुरंत/ साधारण/ विलंब से/ नियमित / अनियमित

28. मूत्र त्याग का समय: कितनी बार दिन में रात में

29. नवीनतम परिक्षण रिपोर्ट:

30. आपने डा. चोरडिया की कौनसी-कौनसी पुस्तकें पढ़ी हैं?

31. क्या आपने डा. चोरडिया की website- [www.cmchordiahealth.com](http://www.cmchordiahealth.com) देखी हैं?

32. निम्न लक्षणों में से आपसे संबंधित सर्वाधिक रुचि या अरुचिकर तथ्य हो तो लिखें-

रंग- रंग- पसन्द/नापसन्द हरा लाल पीला सफेद काला आसमानी रंग-रंग-

स्वाद- स्वाद- पसन्द/नापसन्द खट्टा कड़वा मीठा तीखा नमकीन

गंध- गंध- पसन्द/नापसन्द खट्टी जलने की सुगंध प्रिय सड़ी हुई दुर्गन्ध

ध्वनि- ध्वनि- पसन्द/नापसन्द तीव्र हास्य मन ही मन गुनगनाना

मौसम- मौसम- पसन्द/नापसन्द बसंत गर्मी वर्षा बदलता मौसम पतझड़ सर्दी

स्वभाव- स्वभाव- पसन्द/नापसन्द क्रोध मस्त तनावपूर्ण दुःखी डरपोक

इन्द्रिय विशय इन्द्रिय विशय की क्षमता की क्षमता-- दृष्टि वाणी स्वाद गंध श्रवण --

शरीर से निकलने वाले पदार्थ- शरीर से निकलने वाले पदार्थ- आँसू पसीना थूक कफ पेशाब

33. रोग की अवस्था में सर्वाधिक आराम का समय-

34. रोग की अवस्था में अपेक्षाकृत सर्वाधिक परेशानी का समय-

35. क्या आपने पूर्व में एक्युप्रेसर से उपचार किया?

36. हथेली और पगथली के आगे-पीछे दबाने से सर्वाधिक दर्द करने वाले प्रतिवेदन बिन्दु-

37. क्या आप अपने स्वमूत्र का पान कर सकते हैं?

38. क्या आपको अपने नासिका से स्वर की पहचान करना आता है?

नोट:- 1. यदि किसी विवरण हेतु स्थान का अभाव हो तो अलग से विस्तृत विवरण भिजवायें।

2. यदि विवरण भरना समझ में न आए तो फोन से स्पष्टिकरण प्राप्त करें।

डा. चंचलमल चोरडिया

चोरडिया भवन, थार हैण्डलूम के सामने,

गोल बिल्डिंग रोड़, जालोरी गेट के बाहर, जोधपुर-342003 (राज.)

फोन: 0291-2621454, 94141-34606 (मोबाइल)

E-mail: cmchordia.jodhpur@gmail.com

Website: www.chordiahealthzone.com