

Jaipur Allergy & Asthma Solutions

एलर्जी प्रश्नावली

निर्देश : कृपया आप या आपके बच्चे से जुड़े हुआ निचे लिखे निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दीजिये. प्रश्नावली को ठीक तरह से पढ़कर समझ कर भरना आवश्यक है क्योंकि सही एवं पूर्ण सुचना बच्चे की एलर्जी की समस्या का पता में सहायक है

नाम	जन्मतिथि	आयु
मोबाइल नंबर	पता	

1. मुख्य चिंताए या लक्षण:

संक्षेप में आपके परामर्श लेने का कारण एवं अपेक्षायें लिखें:

2: समाश्य: क्या आप या आपके बच्चे को नीचे लिखी हुई समस्या में से कभी भी कुछ हुआ है??

Yes	कृपया लागू होने वाली सभी POINTS की करें	How severe?			How long (mo, yr)?	Comments
		Mild	Moderate	Severe		
<input type="checkbox"/>	अस्थमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	सांस की अन्य तकलीफें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	साइनस	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	नाक की एलर्जी (पानी आना, खुजली चलना, बंद होना या छींके आना)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	साइनस की समस्या आँखों का लाल होना, खुजली चलना व पानी आना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	पित्तियाँ निकलना या दापड होना चेहरे या होठों पर सूजन आना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	स्किन एलर्जी, एक्जिमा, कोहनी घुटने के जोड़ों, गर्दन पर लाल दाने खुजली होना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	बार बार लगातार संक्रमण होना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. एलर्जी REACTIONS:

क्या आपको नीचे दिए गए आइटम खने के बाद कभी / आपके बच्चे को कोई लक्षण (दांत, एलर्जी जुकाम, उल्टी, दस्त, खांसी या घरघर) था?

यदि हां	किस प्रकार का?	तिथि और लक्षण
<input type="checkbox"/>	खने पीने से:	
<input type="checkbox"/>	दवा:	
<input type="checkbox"/>	टीका:	
<input type="checkbox"/>	कीट (मधुमक्खी) काटने से:	
<input type="checkbox"/>	रबड़ या एक्स-रे डाई	

4. ट्रिगर:

नीचे प्रत्येक आइटम जांच करें कि आप / आपका बच्चा निम्नलिखित से प्रभावित है या नहीं एवं उपयुक्त बॉक्स में सही का निशान लगाये:

	लक्षण शुरू हुए या बदतर हुए	लक्षणों में सुधार हुआ	कोई परिवर्तन नहीं		लक्षण शुरू हुए या बदतर हुए	लक्षणों में सुधार हुआ	कोई परिवर्तन नहीं
घास में काटना या खेलना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	दवाई:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य गतिविधियाँ घर के बहर (outdoor) खुले मुझे: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• एलर्जी की दवाएं एंटीहिस्टामाइन या खांसी / जुकाम की ठंडा दवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मोल्ड / फफूंदी वाले क्षेत्रों (बेसमेंट, अटारी, आदि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	अस्थिमा दवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
झाड़ू लगाना, धूल पोंछना साफ कराना या वैक्यूम क्लीनर से सफाई करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• नाक में डालने की बूंद या स्प्रे	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
धूम्रपान या धुआं संपर्क में आना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• गर्मी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एसी या गर्म हवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वसंत	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पेंट केमिकल्स, फास्ट गंध, इत्र, साबुन, डिटरजेंट, या अन्य:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सर्दी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
घर से दूर यात्राएं या स्कूल में रहते समय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	जानवरों से संपर्क करें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यायाम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. पिछली एलर्जी जांच और उपचार:

क्या आपके बच्चे को कभी रक्त या स्की प्रिक परीक्षण द्वारा एलर्जी के लिए परीक्षण किया गया है Yes No

यदि हां, कहाँ? _____ डॉक्टर का नाम? _____

इन परीक्षणों के परिणाम (यदि संभव हो, तो हमें एक प्रति प्रदान करें)

क्या आपने / आपके बच्चे को कभी एलर्जी शॉट प्राप्त हुए हैं? हां नहीं यदि हां, तो _____ से _____ (mo / yr)

6. दवाओं:

कृपया उन सभी दवाओं का नाम लिखें जिन्हें आप अभी ले रहे हैं।
परामर्श के समय कृपया इन सभी को अपने साथ लाएं।

नाम	मात्रा	नाम	मात्रा
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

अन्य स्वास्थ्य समस्याएं: क्या आपने कभी निम्न में से किसी का सामना किया है? (लागू होने वाले सभी आइटम पर टिक अन्य?)

हाँ	हाँ	हाँ
<input type="checkbox"/> बार-बार सिरदर्द	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> बार-बार दस्त
<input type="checkbox"/> नाक से बार-बार रक्तस्राव	<input type="checkbox"/> खांसी में रक्त आ	<input type="checkbox"/> यौन समस्याएं
<input type="checkbox"/> नाक की पॉलीप्स	<input type="checkbox"/> साइनस एक्स-रे, सीटी स्कैन	<input type="checkbox"/> लिवर की परेशानी (जैसे हेपेटाइटिस
<input type="checkbox"/> साइनस की ऑपरेशन	<input type="checkbox"/> चेस्ट एक्स-रे	<input type="checkbox"/> Kidney or गुर्दा या मूत्राशय की समस्या
<input type="checkbox"/> श्रवण में समस्याएं सुनना समस्याओं	<input type="checkbox"/> Heart trouble	<input type="checkbox"/> Poison ivy
<input type="checkbox"/> ग्लूकोमा/ काला पानी	<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> Skin infections
<input type="checkbox"/> बार-बार कान संक्रमण	<input type="checkbox"/> बार-बार पेट दर्द या उल्टी (शिशुओं में)	
<input type="checkbox"/> निमोनिया	<input type="checkbox"/> बार-बार सेनेम जलन	<input type="checkbox"/> अन्य? _____

8. अस्पताल में भर्ती:

List most recent first	Reason	Date
1.		
2.		
3.		

9. SURGERY:

List most recent first	Reason	Date

10. परिवार के स्वास्थ्य:

क्या आपके परिवार के किसी भी सदस्य में एलर्जी की समस्या है??

Y
e
s

यदि हां, तो सभी रिश्तेदारों (माता-पिता, भाइयों, बहनों, बच्चों, चाची, चाचा, और दादा दादी को सूचीबद्ध करें).

अस्थमा

छींके नाक की एलर्जी (पानी आना, खुजली चलना, बंद होना या छींके आना)

स्किन एलर्जी, एक्जिमा, कोहनी घुटने के जोड़ों, गर्दन पर लाल दाने खुजली होना

पित्तियाँ निकलना या दापदड़ होना चेहरे या होठों पर सूजन आना

प्रतिरक्षा प्रणाली रोग {Immune system}

बार-बार निमोनिया या फेफड़ों की बीमारियाँ

कैंसर

सिस्टिक फाइब्रोसिस

क्षय रोग/ TB

थाइरोइड की बीमारी

आंख का रोग ग्लूकोमा/ काला पानी

मधुमेह

11. पर्यावरण सर्वेक्षण (ENVIRONMENTAL SURVEY)

आप कहाँ रहते हो शहर गांव

क्या घर own or किराए your home? आपका घर कितना पुराना है?

घर अपार्टमेंट

House Apartment

क्या कोई कमरा नमी या मोल्ड / फफूंदी वाले क्षेत्रों है? हां नहीं

यदि आपके घर में/ कमरों में निम्नलिखित आइटम हैं तो कृपया बॉक्स चेक करें:/

	Bedrooms	Living Room	Dining Room	Other Rooms
कालीन/ गलीचा?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्षेत्र गलीचा?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छत पंखा?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सेंट्रल एसी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

आपका तकिया कितना पुराना है? _____

तुम्हारी गद्द कितनी पुरानी है? _____

Is your pillow: Feather
 Encased in plastic

Is your mattress: Innerspring and cotton
 Encased in plastic
 Other _____

Other _____

Do you have any: Stuffed furniture? Yes No Feather blankets? Yes No

किस प्रकार के घास, झाड़ू, और पेड़ आपके घर के पास हैं?

क्या आपके पास पालतू जानवर हैं? हां नहीं संख्या और पालतू (कुत्ता, बिल्ली, पक्षियों, घोड़ों, आदि) _____

क्या आपके पालतू जानवर घर के भीतर समय बिताते हैं? हां नहीं

12. कार्यस्थल वातावरण:

क्या आप काम करते हैं या स्कूल जाते हैं? Yes No

क्या आप कार्यस्थल या स्कूल में किसी भी चीज़ के संपर्क में आते हैं जो इन लक्षणों को और खराब करता है? हां नहीं
कौन सी कौन सी चीज़ों? _____

क्या आपने एलर्जी की वजह से काम या स्कूल से किसी भी समय कोई छुट्टी ली है? हां नहीं पिछले वर्ष में कितने दिन? _____

क्या आपके खेल, शौक, मनोरंजन या अन्य गतिविधियां इन लक्षणों/स्वास्थ्य को और खराब करता है? हां नहीं
कौन सी कौन सी चीज़ों? _____

13. विवाह स्थिति:

Married Single Divorced Widowed Separated Number of children: _____

14. धूमपान संबंधित सूचना (माता-पिता या रोगी):

क्या आपने कभी धूमपान किया है? Yes No कितने साल ?

क्या तुम अब धूमपान करते हो Yes No यदि नहीं, तो आपने कब छोड़ा? _____ यदि हां, प्रति दिन कितने सिगरेट? _____

अपने पहले कंसल्टेशन के लिए इस पूर्ण भरा हुआ फॉर्म को अपने साथ लाएं। धन्यवाद