

CLINICAL HISTORY

चिकित्सक और क्लिनिक का नाम:

तिथि:

रोगी का विवरण

नाम:

आयु: वर्ष लिंग: पुरुष महिला

व्यवसाय:

मोबाइल नंबर:

वर्तमान स्थिति

क्या आपको निम्न में से कोई लक्षण है :

श्वसन तंत्र नाक में खुजली/बहती नाक/बंद नाक छींक आना पुरानी खांसी सांस लेने में कठिनाई सीने में जकड़न गले में खराश	आँखें खुजली आंसुओं से भरा हुआ लालपन सूजन काले घेरे	त्वचा खुजली लालपन सूजन त्वचा पर लाल चकत्ते या एक्जिमा पिती	जठरांत्र पेट में दर्द उलटी अथवा मितली दस्त बैलिंग या गैस बनना खट्टी डकार	अन्य सिरदर्द साइनसाइटिस कान की समस्या जीभ/होंठ/चेहरे की सूजन थकान
--	---	---	--	---

- आप एलर्जी के लक्षणों से कब पीड़ित होते हैं:

मौसमी	बारहमासी (पूरे वर्ष भर)	मौसमी उत्तेजनाओं के साथ बारहमासी
-------	-------------------------	----------------------------------
- किस महीने में आपको बार-बार लक्षण दिखाई देते हैं:

जन.	फर.	मार्च	अप्रैल	मई	जून	जुला.	अगस्त	सितं.	अक्टू.	नवं.	दिसं.
-----	-----	-------	--------	----	-----	-------	-------	-------	--------	------	-------
- आपके लक्षण कितने समय तक चलते हैं? प्रति सप्ताह 4 दिन से अधिक:

हाँ	नहीं
-----	------

 एक बार में 4 सप्ताह से अधिक:

हाँ	नहीं
-----	------
- क्या आपके लक्षण आपकी गतिविधियों को प्रभावित करते हैं?

नहीं	मामूली	सामान्य गतिविधियों को रोकता है
------	--------	--------------------------------
- क्या आपके लक्षण आपकी नींद में खलल डालते हैं?

हाँ	नहीं
-----	------

भाग लेने वाले कारक / ट्रिगर

- क्या आपके लक्षण निम्नलिखित स्थानों में बदतर हैं

घर के अंदर	घर के बाहर	काम पर/स्कूल में	अन्य
------------	------------	------------------	------
- क्या आपके लक्षण निम्नलिखित समय में बदतर हैं

सुबह	दोपहर	शाम	रात	पूरे दिन
------	-------	-----	-----	----------
- क्या आपके लक्षण निम्न में से किसी भी ट्रिगर से खराब हुए हैं:

बगीचे में घूमना बिस्तर पर सोना या लेटना नम क्षेत्र पालतू जानवरों के संपर्क में आना अन्य.....	धूल या धूल भरा वातावरण स्मॉग या प्रदूषण जोखिम विशेष खाद्य पदार्थ खाने के बाद अन्य.....	शारीरिक परिश्रम या व्यायाम साबुन, डिटर्जेंट, या सौंदर्य प्रसाधन अन्य.....	विशेष दवा खाने से कोई दूसरा
--	---	---	---

विगत स्थिति/ HISTORY

- क्या आपको अस्पताल में भर्ती कराया गया है या एलर्जी के कारण गंभीर (एनाफिलेक्टिक) प्रतिक्रिया हुई है?

हाँ	नहीं
-----	------
- क्या आपने कभी त्वचा परीक्षण किया है या एलर्जी के लिए रक्त परीक्षण किया है?

हाँ	नहीं
-----	------
- किस एलर्जेन के लिए आप पॉजिटिव पाए गए : परीक्षण की तारीख:
- क्या आपने पहले एलर्जेन इम्प्यूनोथेरेपी या एलर्जी का टीका प्राप्त किया है?

हाँ	नहीं
-----	------

 यदि हां, तो किस एलर्जेन/ नों के लिए इसकी शुरुआत कब की गई थी? : आपने इसे कितने समय के लिए प्राप्त किया:
- इस चिकित्सा का, आपको कैसा परिणाम मिला:

महत्वपूर्ण	अच्छा	हल्का	नहीं कोई
------------	-------	-------	----------

परिवारिक समीक्षा

क्या आपके परिवार के किसी सदस्य को कोई एलर्जी है?

	अभिभावक	भाई-बहन	बच्चे
दमा			
रायनाइटिस			
त्वचा रोग			
खाने से एलर्जी			

भाई बहन की संख्या: बच्चों की संख्या:

विगत इलाज की स्थिति

आपने किन दवाओं का उपयोग किया है?

उपचार	दवा का माध्यम	आवृत्ति
H1- एंटीहिस्टामाइन	मौखिक	नाक से
कॉर्टिकोस्टेरॉइड	मौखिक	नाक से
β ₂ एगोनिस्ट		
अन्य		

धूम्रपान की स्थिति

क्या आप धूम्रपान करते हैं?

हाँ	नहीं	पहले करते थे
-----	------	--------------

यदि हाँ, तो आप एक दिन में कितनी सिगरेट/बीड़ी पीते हैं? आप कब से धूम्रपान कर रहे हैं?.....

CLINICAL HISTORY

Name of the Physician and Clinic:

Date:

Patient Details

Name:

Age:

Sex: Male Female

Occupation:

Contact No:

CURRENT HISTORY

Do you have any of the following symptoms?

RESPIRATORY TRACT	EYES	SKIN	GASTROINTESTINAL	OTHERS
Nasal itching Runny/Blocked nose Sneezing Chronic cough Throat irritation Shortness of breath Chest tightness	Itching Watery Redness Swelling Dark circles	Itching Redness Swelling Skin rash or eczema Hives (raised itchy bumps)	Abdominal pain Nausea or vomiting Diarrhea Belching or gas formation indigestion	Headache Sinusitis ENT Surgery Swelling of Tongue/lips/face Tiredness

- When do you suffer from allergic symptoms: Seasonal Perennial (All year) Perennial with seasonal exacerbations
- During which month :

Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
- How long your symptoms last? More than 4 days per week: Yes No More than 4 weeks at a stretch: Yes No
- Do your symptoms affect your day-day activities? No A little Moderately Yes, it happens
- Do your symptoms disturb your sleep? Yes No

PRECIPITATING FACTORS / TRIGGERS

- Are your symptoms worse in the locations

At Home	Outside	At Work/School	Others
---------	---------	----------------	--------
- Are your symptoms worse at the time

Morning	Noon	Evening	Night	All day
---------	------	---------	-------	---------
- Are your symptoms worsened by any of the following triggers

Walking in garden Sleeping or laying on a bed Damp area Exposure to animals/pets Please mention.....	Dust or dusty atmosphere Smog or pollution exposure After eating particular food items Please mention.....	Physical exertion or exercise Soaps, detergents, or cosmetics Please mention.....	Particular Drug or Medicine Any other Please mention.....
--	---	---	---

PAST HISTORY

- Have you been hospitalized or had a severe (anaphylactic) reaction because of your allergy/allergies? Yes No
- Have you ever been skin tested or had a blood test for allergies? Yes No
- To which allergens did you test positive: Test date:.....
- Have you received allergen immunotherapy or allergy vaccine before? Yes No
- If yes, for which allergen/s did you receive immunotherapy?.....
- When was it initiated? For how many years did you receive it
- What was your response to therapy

Significant	Good	Mild	None
-------------	------	------	------

Family History

Has any member has following allergies?

	Parents	Siblings	Children
Asthma			
Allergic Rhinitis			
Skin Allergy			
Food Allergy			

Number of Siblings:..... Number of Children:

Psychological Factors

Do you feel you are allergic to something? Yes No

SMOKING HISTORY

Are you a smoker? Yes No Past Smoker

If yes, how many cigarettes do you have in a day?_____ Since when have you been smoking?

Medication History

What medications have you used to treat your symptoms?

Type	Route	Frequency
H1- antihistamine	Oral nasal	
Corticosteroid	Oral Nasal	
B ₂ agonist		
Others		