

ആശ്രയ സൈക്കോ - സോഷ്യൽ നീഹാബിലിറ്റേഷൻ സെന്റർ

ആശ്രാഗ്രാമം, 7/6 ചേളന്നൂർ , കോഴിക്കോട് - 673616 , കേരളം

ഫോൺ : 0495 2552791, ഇ-മെയിൽ : jpchelackal@gmail.com

രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോറം

1. പേര് :

2. വയസ്സ് :ജനന തീയതി.....പുരുഷൻ/സ്ത്രീ.....

3. മേൽവിലാസം :

.....

മൊബൈൽ നമ്പർ : 1).....

2).....

4. വിദ്യാഭ്യാസം :

5. ജോലി :

6. ജീവിതാവസ്ഥ : വിവാഹം കഴിച്ചത് : ☐ അല്ല : ☐

7. ജാതി : ഹിന്ദു ☐ മുസ്ലീം ☐ ക്രിസ്ത്യൻ ☐ മറ്റുള്ളവ ☐

8. മാസവരുമാനം :

9. നിങ്ങളുടെ സാമൂഹിക സാമ്പത്തികാവസ്ഥ : താഴ്ന്നത് ☐

ഇടത്തരം ☐

ഉയർന്നത് ☐

10. രക്ഷാകർത്താവിന്റെ/അടുത്ത ബന്ധുവിന്റെ

പേരും മേൽവിലാസവും :

11. നിങ്ങളുടെ കാലശേഷം ആരാണു് രോഗിയെ പരിചരിക്കുക :

12. ഈ അസുഖംമൂലം എത്ര തവണ ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തിയിട്ടുണ്ട് ?

13. അക്രമ സ്വഭാവം ഉണ്ടോ ?

14. ഇപ്പോൾ എന്തെല്ലാം രോഗലക്ഷണങ്ങൾ 1).....

രോഗിയിൽ പ്രകടമായി കാണുന്നുണ്ട് 2).....

3).....

15. കുടുംബത്തിലെ മറ്റ് അംഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ :

ക്രമനമ്പർ	പേര്	വയസ്സ്	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം	വിദ്യാഭ്യാസം
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

16. ഇപ്പോൾ കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകൾ ഏവ ? 1).....
2).....
3).....

17. രോഗി കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകൾക്ക് പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉള്ളതായി അറിയാമോ ?

18. ഏത് ഡോക്ടറുടെ ചികിത്സയിലാണ്

സമ്മതപത്രം

- 1). മാസത്തിൽ ഒരു തവണ സന്ദർശിക്കുക .
- 2). വർഷത്തിൽ മൂന്ന് തവണ ലഭിക്കുന്ന അവധിയിൽ രോഗിയെ വീട്ടിൽ കൊണ്ടുപോവുക .
- 3). 6 മാസമോ / 8 മാസമോ / ഒരു വർഷമോ മാത്രമേ രോഗിയ്ക്ക് ഇവിടെ പരിചരണം ലഭിക്കുകയുള്ളൂ. അതിന് ശേഷം വീട്ടിലേക്ക് കൂട്ടിക്കൊണ്ട് പോകേണ്ടതാണ് .
- 4). രോഗിയെ എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാക്കിയാൽ നിങ്ങൾ കൂടെയുണ്ടാകേണ്ടതാണ് .

മുകളിൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങളെല്ലാം വ്യക്തമായി വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷമാണ് ഞാൻ ഈ സമ്മതപത്രം ഒപ്പിടുന്നത്.

തീയതി :

സ്ഥലം :

എന്ന്

പേര്.....

വീട്ടുപേര്.....

ഒപ്പ്.....

