

गुजरात केन्सर एन्ड रिसर्च इंस्टिट्यूट, अहमदाबाद

नया केस पंजीकरण फॉर्म

For Office Use Only	
Date: _____	Case Reg. No. _____
Unit :- _____	Ref. by Dr./Hospital _____
Diagnosis:- _____	Prior Treatment :- Surgery /RT/CT
	HPE :- _____

मरीज़ का नाम,पता एवम अन्य जानकारी सम्पूर्ण ओर सच्ची भरे!
इनमें बाद में बदलाव जरूरी दस्तावेज़ी प्रमाण देने के आधार पर ही हो पाएगा।

मरीज हाजिर हो तो ही ये फॉर्म भरे ! बिना मरीज के केस फ़ाइल निकलवाना मना है ये ध्यान में रखें!

- ❖ मरीज का पूरा नाम: _____
(मरीज का नाम) (पिता/पति का नाम) (अटक)
- ❖ इससे पहले मरीजने इस अस्पतालमें केस निकलवाया है ? (हां/ना) : _____
- ❖ मरीज की आयु _____ वर्ष जाति: (पुरुष/स्त्री/अन्य) _____
- ❖ वैवाहिक दरज्जा(विवाहीत/अविवाहीत/विधवा/तलाकशुदा/अन्य-स्पष्ट करे/अनजान) _____
- ❖ मातृभाषा:(गुजराती/हिंदी/अन्य-स्पष्ट करे/अनजान) _____
- ❖ संपर्क हेतु टेलीफोन नं.मोबाईल नं(१) _____ मोबाईल नं(२) _____ (घर) _____
- ❖ मरीज का स्थायी पता:(राशनकार्ड/चुनाव पहचानपत्र/आधारकार्ड के अनुसार) _____
मु.पो. _____ तहसील _____ जिला _____ राज्य _____
- ❖ मरीज कितने समय से इस पते पर रह रहा है? _____ साल/महीने से
- ❖ मरीज का धर्म (हिन्दू/मुस्लिम/ख्रिस्ती/जैन/अन्य-स्पष्ट करे/अनजान) _____
- ❖ मरीज का व्यवसाय (व्यवसाय/नोकरी की पूरी जानकारी) _____
- ❖ मरीज जिन पर आधारीत (पिता/पति/पुत्र/अन्य) है उनका व्यवसाय/नोकरी _____
- ❖ मरीज के परिवार की मासिक आय (रूपया) _____ मरीज का अभ्यास _____
- ❖ मरीज को कोई व्यसन है ? (हां/ना) _____ जो हां तो किसका? बीडी तम्बाकू गुटखा दारू अन्य
- ❖ मरीज को व्यसन कितने समय से है?(साल/महिना) _____ जो बंद किया है तो कितने समय से(साल/महिना) _____
- ❖ मरीज का मेडीकल इन्स्योरंस है? (हां/ना) _____

इस फॉर्म के साथ डाक्टर की चीट्टी/बायोप्सी रिपोर्ट/अन्य मेडिकल रिपोर्ट एवं
मरीज़ के पते का कोई भी एक प्रमाण (चुनाव पहचानपत्र / आधारकार्ड/ राशनकार्ड इत्यादि) दे!

१. अस्पताल से घर जाते समय केस फ़ाइल पुराने केस विभाग (१७ नंबर)/सिक्युरिटी गार्ड के पास जमा कराये।
२. दोबारा दिखाने आये तब पुराने केस विभाग (१७ नंबर) में से केस नंबर का कार्ड दिखाकर केस फ़ाइल निकलवाये।
३. केस फ़ाइल या केस फ़ाइल में से कोई भी कागज/रिपोर्ट ले जाना मना हैं, जरूरत हो तो फोटोकॉपी करवा ले।
४. आपकी निदान एवं इलाज की जानकारीको आपकी पहचान गोपनीय रखकर केन्सर अध्ययन, संशोधन एवं रजिस्ट्री हेतु उपयोगमें लिया जाएगा।

उपरोक्त दी गई जानकारी हमने सच्ची दी है और उपरोक्त सूचनाएं हमने पढी हैं और उस पर अमल करने के लिए हम बाध्य हैं।

मरीज के रिश्तेदार के दस्तखत.....मरीज के दस्तखत:..... एव फिंगर प्रिंट.....