

ആശ്രയ സൈക്കോ-സോഷ്യൽ റിഹാബിലിറ്റേഷൻ സെന്റർ

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

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

രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോറം

1. പേര്.....

2. വയസ്സ്.....ജനനതീയതി.....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

For Office Use Only

11. കുടുംബത്തിലെ മറ്റംഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ

| ക്രമനമ്പർ | പേര് | വയസ്സ് | രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം | വിദ്യാഭ്യാസം |
|-----------|------|--------|---------------------|--------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

12. നിങ്ങളുടെ കാലശേഷം ആരാണു് രോഗിയെ പരിചരിക്കുക.....

13. ഈ അസുഖംമൂലം എത്ര തവണ.....
 ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തിയിട്ടുണ്ട്?

14. അക്രമ സ്വഭാവം ഉണ്ടോ?...../ഉണ്ടെങ്കിൽ വിവരിക്കുക

15. ഇപ്പോൾ എന്തെല്ലാം രോഗലക്ഷണങ്ങൾ
 രോഗിയിൽ പ്രകടമായി കാണുന്നുണ്ട്
 1).....
 2).....
 3).....

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

17. രോഗി കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകൾക്ക്
 പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉള്ളതായി അറിയാമോ?.....

18. എത് ഡോക്ടറുടെ ചികിത്സയിലാണ്

സമ്മതപത്രം

1. മാസത്തിൽ ഒരു തവണ രോഗിയെ 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 കുട്ടിക്കൊണ്ട് പോകേണ്ടതാണ്.
4. രോഗിയെ എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാക്കിയാൽ നിങ്ങൾ കൂടെയുണ്ടാകേണ്ടതാണ്.

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

എന്ന്

പേര്:.....

വീട്ടുപേര്:.....

ഒപ്പ്:.....

തിയ്യതി
 സ്ഥലം

For Office Use Only