



લાયન ભરત ક્ષત્રિય કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર

પ્રવિણનગર બસ સ્ટેન્ડ પાસે, સરખેજ રોડ વાસણા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૭

ફોન:- ૨૬૬૦૪૦૨૩, ૨૬૬૦૮૪૪૮,

ધી ગુજરાત કેન્સર અને રીસર્ચ ઈન્સ્ટીટ્યુટ

એમ.પી શાહ કેન્સર હોસ્પિટલ અમદાવાદ - ૩૮૦૦૧૬

ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી

રજીસ્ટર નં. : _____

નામ: _____

ઉંમર: _____ લિંગ : _____ તારીખ: _____

અભ્યાસ:- _____ ફોન: _____ ઈ મેઈલ _____

સરનામું: _____

શું તમને કેન્સર છે ? _____ હતું ? _____ નથી. _____

ધંધો:- _____

કોના દ્વારા: _____

ફેમિલી ડોક્ટર નામ: _____ ફોન નં.....

☐ પ્લાન-૧

પ્લાન-૨

☐

પ્લાન-૩

☐

અન્ય તપાસ:-



લાયન ભરત ક્ષત્રિય કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર

પ્રવિણનગર બસ સ્ટેન્ડ પાસે, સરખેજ રોડ વાસણા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૭

ફોન:- ૨૬૬૦૪૦૨૩, ૨૬૬૦૮૪૪૮,

ધી ગુજરાત કેન્સર અને રીસર્ચ ઈન્સ્ટીટ્યુટ

એમ.પી શાહ કેન્સર હોસ્પિટલ અમદાવાદ - ૩૮૦૦૧૬

ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી

રજીસ્ટર નં. : _____

નામ: _____

ઉંમર: _____ લિંગ : _____ તારીખ: _____

અભ્યાસ:- _____ ફોન: _____ ઈ મેઈલ _____

સરનામું: _____

શું તમને કેન્સર છે ? _____ હતું ? _____ નથી. _____

ધંધો:- _____

કોના દ્વારા: _____

ફેમિલી ડોક્ટર નામ: _____ ફોન નં.....

☐ પ્લાન-૧

પ્લાન-૨

☐

પ્લાન-૩

☐

અન્ય તપાસ:-



કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર
ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી
હેલ્થ ચેક-અપના મુલાકાતીઓ માટે કોરોના વિશેની પ્રશ્નાવલી

મુલાકાતીનું નામ: _____

૧. વિદેશ મુસાફરી કરી છે ? હા / ના _____ ક્યાં _____ ક્યારે _____

૨. ગુજરાતની બહાર મુસાફરી કરી છે હા/ ના _____ ક્યાં _____ ક્યારે _____

૩. તમે કોરોના થી સંક્રમિત થયા છો? _____ હા/ના _____ ક્યારે _____

૪. કોરોનાના કોઈ Positive દર્દી સાથે સંપર્કમાં આવ્યા છો ? _____

૫. તમે કે તમરાં સગા કોઈ હોસ્પિટલ / ડિસ્પેન્સરીમાં કામ કરે છે ? હા / ના _____

કોણ _____ ક્યાં _____

૬. ત્યાં કોરોના દર્દીઓ સાથે કામ કરે છે ? હા / ના _____

૭. દર્દી કે તેમના દરેક સગાને નીચેમાંથી કોઈ તકલીફ છે ?

➤ તાવ : _____ હા / ના _____

➤ શ્વાસ લેવામાં તકલીફ : _____ હા / ના _____

➤ સૂકી ખાંસી / અથવા ખાંસી સાથે ગળફો: _____ હા / ના _____

➤ ગળામાં સોજો / દુઃખાવો: _____ હા / ના _____

➤ ઝાડા થઈ જવા : _____ હા / ના _____

➤ માથું દુખવું કે શરીરમાં કળતર : _____ હા / ના _____

➤ ઉલટીઓ થવી : _____ હા / ના _____

➤ ગંધ કે સ્વાદ ન આવવો : _____ હા / ના _____

૧૦. બીજા અન્ય રોગો

➤ બ્લડ પ્રેશર _____ ડાયાબિટીશ _____ હૃદયરોગ _____ મગજની બીમારી _____

➤ કિડની ની તકલીફ _____ થાયરોઈડની તકલીફ _____ ટી. બી. _____ કેન્સર _____

➤ એઇડ્સ _____ દર્દી પ્રેઝન્ટ છે ? _____ અસ્થમા / દમ / કે અન્ય એલર્જી _____

૧૧. શારીરિક તપાસ કયા કારણસર કરાવવી છે? _____

ઉપર જણાવેલી બધી માહિતી સાચી છે. અહીંથી ગયા પછી બે અઠવાડિયામાં મને જો કોરોના નો ચેપ લાગશે તો હું કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર ખાતે તેની જાણ કરવા બંધાયેલો / બંધાયેલી છું.

ચેક-અપના મુલાકાતીની સહી _____

ઓફિસ માટે:

Temp: _____ **Pulse:** _____ **SpO2:** _____

નર્સની સહી _____