

OPD CASE PAPER

Aruna Anil Vyara Pradesh Vikas Pratisthan
C.N. Kothari Homoeopathic Medical College & Research Centre

KALIDAS HOSPITAL

Tadkuva, VYARA, Dist - Tapi.

OPD Case No.

Name :- _____ Age :- _____ Sex :- _____

Address :- _____ Occupation :- _____

B.P.:- _____ Wt.:- _____ Pulse:- _____ Marital Status :- _____

Chief Complaints :-

ODP :-

PERSONAL HISTORY :-

Appetite :-

Desire :-

Aversion :-

Thirst :-

Bowel :-

Urination :-

Perspiration :-

Sleep & Dreams :-

Obst. & Gynaec History :-

Thermal :-

Mentals :-

PAST HISTORY :-**FAMILY HISTORY :-****GENERAL EXAMINATION :-**

1) Eyes :-

4) Temperature :-

2) Tongue :-

5) Others :-

3) Nails :-

SYSTEMIC EXAMINATION :-**INVESTIGATION :-**

IPD CASE PAPER

Aruna Anil Vyara Pradesh Vikas Pratisthan
C.N. Kothari Homoeopathic Medical College & Research Centre

KALIDAS HOSPITAL

Tadkuva, VYARA, Dist - Tapi.

OPD Case No.

IPD Case No.

Name :- _____ Age :- _____ Sex :- _____

Address :- _____ Occupation :- _____

B.P.:- _____ Wt.:- _____ Pulse:- _____ Marital Status :- _____

Chief Complaints :-

ODP :-

KALIDAS HOSPITAL

TREATMENT CHART

IPD No :

OPD No. 7

Dr. Name :

[illegible]

Admission Service Report

O2 Support :-

Blood Sugar Monitoring :-

Nebulizer Treatment :-

Infusion pump Service :-

Multiparameter Monitoring :-

Procedure :-

X-Ray :

Sonography :

DISCHARGE CARD

Treatment Advice on discharge:



1. **Introduction**

▲ 2013 年 12 月 1 日 12 时 00 分 至 12 月 31 日 24 时 00 分

KALIDAS HOSPITAL

Vikram K. Choudhary, M.D., FRCPC, FRCP
Srinivasan Murugesu, T.D.M.B., Ph.D.
Rajiv Bhatia, M.D., FRCPC

Discharge Slip

Name : _____

Address: _____

Age: _____ Sex: _____

DOA: _____ DOB: _____

Provisional Diagnosis

Lab Finding ➤

Further Treatment Plan :-

Follow up _____ Due with _____ 3

X-Ray / Sonography Findings :- _____

Treatment Given :- _____

Further Treatment Plan :- _____

INDOOR CASE
PAPER
(ALLOPATHIC)



ARUNA-ANIL VYARA PRADESH VIKAS PRATISTHAN
C.N.KOTHARI HOMOEOPATHIC MEDICAL COLLEGE & RESEARCH CENTRE

KALIDAS HOSPITAL

Near Vanchetna, Kakrapar Bypass Road, Tadkuva, Vyara 394650
Phone No. (02626) 223873

INDOOR CASE PAPER

Name of Pt. :

IPD No. :

Address :

OPD No. :

Age :

Date	Observation / Findings	Advice

અરૂણા અનિલ વ્યારા પ્રદેશ વિકાસ પ્રતિષ્ઠાન સંચાલિત

કાળીદાસ હોસ્પિટલ



વનચેતનાની બાજુમાં, કાકરાપાર બાયપાસ,
તાડકુવા, વ્યારા - ૩૯૪ ૬૫૦. જી. તાપી.

ફોન નં. : (૦૨૬૨૬) ૨૨૩૮૭૩

મો. ૯૯૦૯૦૭૩૪૯૬

- : O. P. D. File :-

નામ : _____

સરનામું : _____

ઉંમર : _____ પુ./સ્ત્રી _____ કેસ નં. _____

ડૉક્ટર : _____

-: નોંધ :-

બીજી વખતે તપાસ કરાવવા આવો ત્યારે
આ ફાઈલ સાથે અચૂક લાવવી

અગ્રણી અનિલ વ્યારા પ્રદેશ વિકાસ પ્રતિષ્ઠાન સંચાલિત

કાળીદાસ હોસ્પિટલ

વનચેતનાની બાજુમાં, કાકરાપાર બાયપાસ,
તાડકુવા, વ્યારા - ૩૯૪ ૬૫૦, ગુ. તાપી.

ફોન નં. : (૦૨૬૨૬)

૨૨૩૮૭૩, ૨૯૦૦૮૭, ૨૨૪૬૫૧



- : Indore File :-

નામ : _____

સરનામું : _____

ઉંમર : _____ પુ./સ્ત્રી _____ ફેસ નં. _____

ડૉક્ટર : _____

--: સો.પી.કી. નો સમય :-

સવારે ૯.૦૦ થી બપોરે ૧.૦૦

સાંજે ૩.૦૦ થી ૬.૦૦

સોમ થી શનિ

--: નોંધ :-

ઉંમરજન્ટી : ૨૪ કલાક

(નોંધ :- ટીકું વચ્ચે લખવું કરાવવું જાય ત્યારે જા કર્યા સહી લખવું જાયવી)



ARUNA-ANIL VYARA PRADESH VIKASH PRATISTHAN
SPONSORED

C.N.KOTHARI HOMOEOPATHIC MEDICAL COLLEGE & RESEARCH CENTRE

KALIDAS HOSPITAL

Near Vanchetna, Kakrapar Bypass Road, Tadkuva, Vyara 394 650
Dist. Tapi. Ph.(02626) 223873

— For Prescription —

PRESCRIPTION PAD

ઉપલબ્ધ સુવિધાઓ

એક્સ-રે, સોનોગ્રાફી, લેબોરેટરી, એમ્બ્યુલન્સ, આઈ.સી.યુ.
(ઈમરજન્સી રજ ક્લિક)

ARUNA ANIL VYARA PRADESH VIKAS PRATISHTHAN
SPONSORED

C. N. KOTHARI HOMOEOPATHIC MEDICAL COLLEGE & RESEARCH CENTRE



KALIDAS HOSPITAL

Near Vanchetna, Kakrapar by Pass Road, Tadkuva, VYARA - 394 650.
Dist. Tapi. PH. (02626) 223873, 290087 Fax : (02626) 224651

જવાબદારી પત્રક

હું મારું/ મારા.....

ઓપરેશન કોઈપણ પ્રકારની બેશુદ્ધિ(બેભાન) હેઠળ કરવાની મંજૂરી આપુ છું. ઓપરેશનનો પ્રકાર તથા ઓપરેશન અને બેશુદ્ધિનો (બેભાનનો) જોખમો મને મારી ભાષામાં સમજાવવામાં આવેલ છે. તો ઓપરેશન દરમ્યાન કે ત્યારબાદ કાંઈ પણ થાય તો તે કોર્ટ તથા પોલિસ કેસ થશે તો આના થકી આપો આપ રદ થશે. અને ડૉ. સાહેબ કે હોસ્પિટલ અને ટ્રસ્ટ તથા સ્ટાફની જવાબદારી રહેશે નહીં.

પેશન્ટના સગાની સહી.....

પેશન્ટની સહી.....

તા. / /૨૦૧

HIGH RISK CONSENT

નામ : _____ ઉંમર : _____ કેસ નં. : _____

સરનામું : _____ જાતિ : _____

High Risk Consent

અમને અમારી ભાષામાં સમજાવવામાં આવેલ છે કે અમારા દર્દીની હાલત અંભીર હોવાથી આઈ.સી.યુ. દાખલ કરવામાં આવેલ છે, જેથી સારવાર દરમિયાન દર્દીને કોઈ પણ ઘસે તો એની સંપૂર્ણ જવાબદારી અમારી રહેશે. ડૉક્ટર્સ કે હોસ્પિટલ સ્ટાફની રહેશે નહિ.

KALIDAS HOSPITAL

TAKKUDA, V. V. NARA
DIST. TAPI-394050

સહિ.

B-T CONSENT

નામ : _____ ઉંમર : _____ ટેસ નં. : _____

સરનામું : _____ જાતિ : _____

B - T Consent

અમને અમારી ભાષામાં સમજાવવામાં આવેલ છે કે અમારા દર્દીને લોહી ઓછું હોવાથી લોહી ચઢાવવામાં આવ્યું છે, જેથી લોહી ચઢાવવા દરમિયાન દર્દીને કોઈ પણ ઘરે તો એની સંપૂર્ણ જવાબદારી અમારી રહેશે. ડૉક્ટર્સ કે હોસ્પિટલ સ્ટાફની રહેશે નહિ.

KALIDAS HOSPITAL

TADKUVA, VYARA
DIST. TAPI-394650

સહિ.

REFERENCE NOTE

નામ : _____ ઉંમર : _____ ડેસ નં. : _____

સરનામું : _____ જાતિ : _____

Reference Note

અમને અમારી ભાષામાં સમજાવવામાં આવેલ છે કે અમારા દર્દીની હાલત ગંભીર હોવાથી તેને વધુ સારવાર માટે હાયર સેન્ટર પર લઈ જવાની સલાહ આપવામાં આવેલ છે, જેની અમે સંમતિ આપીએ છીએ.

KALIDAS HOSPITAL
TADKUSA, VYARA
DIST. YADRI-394650

સહિ.