

**उच्च रक्तचाप प्रश्नावली – आवेदक**  
**High Blood Pressure Questionnaire- Applicant**

पूरा नाम:

Full Name:

आवेदन क्रमांक:

Application Number

1. पहली बार आपके उच्च रक्तचाप का पता कब चला था?

1. When was your High Blood Pressure first Diagnosed?

2. उस वक्त आपका रक्तचाप क्यों जांचा गया था? उदाहरण के लिये यह सामान्य परीक्षण था या किन्हीं लक्षणों के कारण किया गया?

2. Why was your Blood Pressure measured at that particular time? i.e. routine examination, due to symptoms etc.

3. क्या आपको पता है परीक्षण के समय आपका रक्तचाप क्या था यदि हां तो कृपया विवरण दें हां ना

3. Do you know what your blood pressure reading were at diagnosis? YES NO  
If YES please provide details.

4. क्या आपको आपके उच्च रक्तचाप का कारण पता है? यदि हां, तो कृपया विवरण दें

4. Do you know the cause of your High Blood pressure? If YES, please provide details.

5. क्या कभी आपने ईसीजी, एक्सरे, ब्लड लिपिड टेस्ट, एकोकार्डियोग्राम या अन्य परीक्षण करवाए हैं? हां नहीं  
यदि हां तो कृपया जांच की तारीखों और परिणामों का विवरण दें

5. Have you had an ECG, X-Ray, Blood Lipid Test .Echocardiogram or other investigations? YES NO

If YES , please provide details including dates of investigation and results.

6. कृपया अपने इलाज का विवरण दें जिनमें दवाइयों के नाम (उदाहरण के लिए इंडीरल, टेनोर्मिन आदि), खुराकें और यह कब कब ली जाती है।

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Inderal, Tenormin, etc.), dosage and how often it is taken.

अ. अभी चल रही है

a) Currently:

ब. यदि पिछले 12 महीनों में परिवर्तन किया गया है

b) If changed within last 12 months:

7. आपकी हालत पर नजर रखने के संबंध में

7. Regarding the monitoring of your condition:

अ) आपके फालोअप का प्रभारी कौन है?

a) Who is in charge of your follow up ?

ब) आप कब कब फालोअप कराते हैं?

b) How often do you attend for follow up?

स) आपने आखिरी बार कब डॉक्टर को दिखाया था? उस समय आपका रक्तचाप क्या था, उसका विवरण दें यदि आपको पता हो तो

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time , if known,

8. क्या आपके मूत्र में प्रोटीन, रक्त या शुगर संबंधी कोई असामान्यताएं पायी गयी हैं? हां नहीं

8. Have any abnormalities , such as protein , blood or sugar, ever been found in your urine? YES NO.

यदि हां तो कृपया तारीखों सहित पूरा विवरण दें  
If YES , please provide date(s) and full details.

9. इस हालत के साथ क्या कभी आपने एक सप्ताह से ज्यादा अपने काम से छुट्टी ली है हां नहीं

9. Have you had more than one week off work with this condition ? YES NO.

यदि हां तो कृपया तारीखों और छुट्टी की अवधि सहित विवरण दें  
If YES, please provide details including dates and duration of time off work.

10. अपनी हालत के बारे में जो भी अतिरिक्त जानकारी हो, मुहैया कराये जो आपके आवेदन के निबटान में सहायक साबित हो सके।

10. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

मैं घोषित करता हूँ कि जो जवाब मैंने दिये हैं, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य हैं और मैंने कोई ऐसी महत्वपूर्ण जानकारी छुपाई नहीं है जिसका प्रभाव आवेदन पर विचार करने या उसे स्वीकार करने पर प्रभाव डाल सके। मैं सहमति देता हूँ कि यह फॉर्म बीमा के लिये मेरे आवेदन का हिस्सा बनेगा और मेरी जानकारी में कोई महत्वपूर्ण तथ्य जाहिर करने में असफलता की सूरत में करार को अवैध कर सकता है।

I declare that the answers I have given are , to the best of my knowledge , true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application.

I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me invalidate contract.

हस्ताक्षर  
Signature

तारीख  
Date:-