

ORTHOCARE

- Joint Pain
- Cervical Pain
- Low Back Ache

PANCHKARMA

- Detoxification
- Rejuvenation
- Shirodhara, Shiro Basti
- Shiro Pichu
- Kati Basti, Prisht Basti
- Janu Basti
- Akshi Tarpana
- Nasya
- Basti
- Abhyanga
- Swedanam

GASTOCARE

- Acidity
- Constipation
- Liver Treatment

FACILITY

- Steamer
- Panchkarma Room
- Ayurvedic Treatment

Name: Shekhar Singh
 W/o, D/o, S/o: Shree Nath Singh
 Chief Complain
 History H/O Head Problem

NO
 Menstrual History N/A

वात, विकृति, मज्जा
 Diagnosis:

1/0 - Ischemia

- depression

- lower back pain

अष्टविध परिक्षा

स्पर्श Hot

शब्द clear

Face (आकृति) M

Eye (दृष्टि) n

Jiwha (जिह्वा) coted

Urine (मूत्र) 45

Stool (मल) Heavy

Nadi (वात, पित्त, कफ)

(Dash Vidha)

1. Prakruti Vatkapheya
2. Vikruti vaty
3. Sara M
4. Samhana M
5. Pramana M
6. Satmya M
7. Satva M
8. Aahar Shakti M
9. Vaya M
10. Vyayam Shakti M

Vitals:

B.P.: 128/90

Weight.: 83.93 kg

Height: 5.10

RBS.: 120

NEXT CONSULATION DATE: After 1 month

Date

28.09.2021

Time - 9:30 AM

Adu
dm Sudhi pow] रत को लोत से पहले
 1/2 को गुनगुने पानी से
gmmmm Tab 0-0] लोता लोत
udanniken pow 1/2-1/2] के 1/2 को
Beechm vati 0-0] बाद गुनगुने
Horid case cap 0-0] पानी से
 लोता लोत
 के बाद गुनगुने पानी से

Tx

- 3 setting

Nashygam
(Amr Pail) (8-8 - 16-16 से)

Shirodhara
(Beechmi oil)] 3 setting

UHID. JS 2021574 OPD. 2021617 Room No. ①

Date 28/09/21 ADMISSION & DISCHARGED RECORD (Day Care)

Name Of Patient (रोगीकानाम) Shekhar Singh

Name Of Father/Husband (पिता/पतिका नाम) Shree Nath Singh

Date Of Treatment (उपचारकीतिथि) 28/09/21 Time of Treatment (उपचार का समय) 9:30 AM Age (उम) 46 Sex (लिंग) M

Assistant Doctor (सहायक उपचारक)

Doctor Incharge (संचालक उपचारक)

Treatment end Date (उपचारसमाप्ति तिथि) 11/10/21 Time End Of Treatment (उपचारकासमयसमाप्त) 11:00 AM

Operation (If Any)

Procedure (प्रक्रिया) Shirodhar, Nashyam

Diagnosis (रोग निश्चय) Anemia, Depression

Address & Phone No. (पता एवं फोन नं.) 31/C1, Pocket D, Dilshad Garden
Delhi-110095 Mob. No - 9911772003

Result	Cured/Relived	Investigation Only	Expired
--------	---------------	--------------------	---------

Payment :- CASH TPA Name/No. GOVT. Insurance.

UNDER TAKING FOR TREATMENT INVESTIGATION & FINANCE ETC.

I am getting admitted on day care basis at risk and i am ready for the ayurveda treatment. I am giving my consent after understanding benefit and out come of treatment. the information given by me are absolutely correct . at my own

मैं अपनी मर्जी से मेरे साथ होने वाली आयुर्वेदिक चिकित्सा पद्धतिके लिए और मैं सब कुछ सोच कर एवं चिकित्सा से होने वाले फायदा और परिणाम को समझ कर करवा रहा हूँ एवं मैंने जो विवरण दिया है वह पूर्णतः सही है। मेरे दिवसीय उपचार के लिए भर्ती हो

Dated (दिनांक) 28/09/2021 Attendent (प्रत्यक्षी) Shree Singh

Signature (हस्ताक्षर) Shree Singh Relationship with Patient (रोगी के साथ सम्बंध) Self

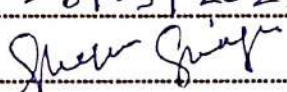
Terms & Conditions

1. I have opted on my own for admission into this clinic and will pay the bills as clinic rules and regulations.
2. The management reserves the right to admit or discharge the case amendment / modify rules, regulation and the charges without notice or assigning any reason there of .
3. The facilities provided in the room are maintained in working order but any failure in their functioning does not affect the charge and the management accepts no liability for the same. The Clinic accepts no responsibility for any loss or inconvenience caused by strike, lock out, water, telephone, electricity and air-conditioning failure etc.
4. Patients are advise not be bring any valuable or any jewellery or any other luggage with them. The Clinic will not be responsible for any loss or theft .
5. Suggestions/complaints may be given in writing at the reception.
6. All bills to be paid in cash, govt. insurance/TPA / private insurance/ cheque 's are not accepted.

नियम व शर्तें

1. मैंने इस क्लिनिकमें प्रवेश के लिए अपना खुद का चयन किया है और क्लिनिकके नियमों और विनियमों के अनुसार बिल का भुगतान करूँगा /करूँगी |
2. प्रबंधन नियमों को संशोधित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है एवं विनियम और बिना किसी पूर्व सूचना के शुल्क या किसी भी |
3. कमरे में उपलब्ध सुविधाएँ कामकाजी क्रम में रखी जाती हैं लेकिन उनके कामकाज में कोई विफलता चार्ज को प्रभावित नहीं करती है और प्रबंधन इसके लिए कोई देयता स्वीकार नहीं करता है | क्लिनिक स्ट्राइक, लॉक आउट, वॉटर, टेलीफोन, बिजली और एयर कंडीशनिंग विफलता इत्यादि के कारण होने वाली किसी भी हानि या असुविधा के लिए कोई ज़िम्मेदारी स्वीकार नहीं करता है
4. मरीजों को सलाह दी जाती है की वे उनके साथ कोई मूल्यवान या कोई आभूषण या कोई अन्य सामान लाएं | अतः क्लिनिक किसी भी नुकसान या हानि के लिए जिम्मेदार नहीं होगा |
5. रिसेप्शन पर लिखित में सुझाव/शिकायतें दी जा सकती हैं |
6. सभी बिलों का भुगतान नकद में किया जाता है टीपीए/निजी बीमा /सरकारी बीमा आदि | चेक नहीं लिया जाता है |

Dated (दिनांक) 28/09/2021

Signature (हस्ताक्षर) 

Relationship of Patient (रोगी से सम्बंध) self

Witness (प्रत्यक्षी) Self

PANCHKARMA CONSENT

UHID..JS2021574 OPD.2021617 Room No. ① Date. 28/09/2021

Patient's Name (रोगी का नाम) ..Shekhar Singh
 Father's/ Husband's Name (पिता/पति का नाम) ..Shree Nath Singh
 Date (दिनांक) ..28/09/21 Age (उम्र) ..46 Sex (लिंग) ..M
 Address & Phone no. (पता एवं फोननं.) ..21/21, pocket 0, shilohad garden delhi-110095
 mob. No- (9911772003)
 Treatment Benefits (उपचारकेलाभ)
 Risk (जोखिम) ..- No -
 Alternative (विकल्प)

हमें हमारी थैरेपी के बारे में पूर्णतः बता दिया गया है एवं थैरेपी के आने वाले उपद्रवों के बारे में भी बता दिया गया है ।

जैसे :-
 घुटनों में सूजन ☒ इनफ्लामेटर ☒
 पैरों में दर्द ☒ अकड़न ☒
 पेट में भारीपन ☒ जलन ☒
 कमर में दर्द ☒ उल्टी ☒
 दर्द में वृद्धि ☒ दस्त ☒
 बुखार आना ☒ बी. पी. कम होना ☒

आदि के बारे में डॉक्टर द्वारा अवगत करा दिया गया है । मैं स्वतः अपनी इच्छानुसार अपनी होनी वाली थैरेपी

के बारे में पूर्णतः ज्ञात होने के पश्चात इन्हें कराने के लिए तैयार हूँ । इसकी पूर्णतः जिम्मेदारी मेरी स्वयंकी होगी ।

➤ थैरेपिस्ट का नाम ..Anil थैरेपिस्ट हस्ताक्षर ..
 डॉक्टर का नाम रोगी के Shekhar Singh
 हस्ताक्षर
 प्रत्याक्षी ..Self दिनांक ..28/09/2021

We are informed about the therapy & also about the complication in which e.g.

Swelling in Joints	☐	Tingling sensation	☐
Pain in Legs	☐	Tenderness	☐
Tenderness in abdomen	☐	Numbness	☐
Backache	☐	Vomiting	☐
Increase pain	☐	Loose motion	☐
Fever	☐	Decrease B.P	☐



➤ After Explaining about the complication & the benefits I will be responsible for everything and give full permission to the doctors & the therapists to perform.....
 ➤ Therapist's Name: Therapist's Signature
 ➤ Doctor's Name: Patient's Signature
 ➤ Witness Date

UHID: JS2021574 OPD 2021617 Room No. ① Date 28/09/2021

PROCEDURE

I. Shekhar Singh W/o, S/o, D/o Shree Nath Singh
R/O 31/C1, pocket 0, dilshad garden Delhi - 110095
Date of Admission 28/09/2021 Age 46 Sex M
Has been clearly explained about the Procedure Shinodhana Nasayam
By Dr. Dr. Karuna prakash

It have been clearly explained about the complications and other impacts of procedure by the doctor clearly in my own language. I have been explained about the expenses for the procedure clearly. I have been explained about the procedure and in case of any emergency or further referral to any higher centre, the required expenses in that case will be paid by me. I am giving my consent for the procedure mention about.

मैं..... पिता/पतिका
नाम..... पता
.....
(दिनांक)..... उम्र लिंग

डॉ..... ने मुझे मुझ पर होने वाली प्रक्रिया (थैरेपी) के बारे में पूर्णतः
बता दिया है। जिसमें आने वाले उपद्रवों के बारे में भी मुझे मेरी भाषा में बताया गया है। यदि किसी भी थैरेपी के दौरान आई आपातकालीन स्थिति में मुझे
किसी दूसरे बड़े अस्पताल एवं क्लीनिक में जाना पड़ता है तो इसका पूर्ण खर्चा मुझे स्वयं वाहन करना होगा। मैं क्लीनिक के सारे नियम व कानून पढ़ चुका/
चुकी हूँ एवं मुझे बताया गया है और मैं अपनी स्वीकृति दे रहा/रही हूँ।

Patient's Name (रोगी का नाम) Shekhar Singh
Signature (हस्ताक्षर) Shekhar Singh
Date (दिनांक) 28/09/2021
Place (स्थान) Delhi
Witness (प्रत्यक्षी) Shekhar Singh

Doctor's Name (चिकित्सक नाम)

Signature (हस्ताक्षर)

Date (दिनांक) 28/9/2021

UHID 2021574 OPD 2021617 Room No. 1 Date 28/09/21

PROCEDURE

Patient's Name (रोगीका नाम) Shekhar Singh
Father's/Husband's Name (पिता/पति का नाम) Shree Nath Singh
Date (दिनांक) 28/9/2021 Age (उम्र) 46 Sex (लिंग) M
Procedure Perform (प्रक्रिया) Shirodhara Nasyam
Provisional Diagnosis (रोगनिश्चय) Ironemia, depression
Final Diagnosis (रोगविनिश्चय) Ironemia
Doctor Name (चिकित्सकनाम)
Therapist Name (सहायकनाम) Anil

Details of Therapy :

Shirodhara (Breahmi oil) } weekly 3 time
- 3 seating
Nasyam (Anu Tail) }
- 3 seating

Doctor's Name (चिकित्सक नाम)

Date (दिनांक) 28/9/2021

Signature (हस्ताक्षर)

UHID JS2021574 OPD 2021617 Room No. ① Date 11/10/2021

F.H.NO. DISCHARGE FILE

Pa
ier

Pt's Name (रोगीकानाम) Shekhar Singh Age (उम) 46 Sex (लिंग) M

W/o, S/o, D/o (पिता/पति) Shree Nath Singh

Address (पता) 21/1, pocket 0, alishah garden delhi-95

Treatment Start Date (उपचारप्रारंभदिनांक) 28/09/21 End Date of Treatment (उपचारकीअंतिमतिथि)

Treatment Start Time (उपचारप्रारंभसमय) 9:30 AM Treatment End Time (उपचारसमाप्तिसमय)

Chief Consultant (मुख्यचिकित्सक)...

CHIEF COMPLAINT AND HISTORY (मुख्यतकलीफएवंउसकावृत्तान्त)

Insomnia, depression,

Past Medical History (पुरानाचिकित्सावृत्तान्त)

No

Family History (कुटुंबवृत्तान्त)

No

Pain Scale - No

Treatment
- Shirodhara
- Nasyam
} weekly
3 time

VitaParameters

B.P 144/96

P/R 88

SUGAR No

WEIGHT 81.75 kg

HEIGHT 5.10

MENSTRUAL HISTORY

N/A

Astha Sthana Pariksha

1. NADI Vakey
2. MALA cathar
3. MUTRA 4-5
4. JIWA cathar
5. SHABDA clear
6. SPARSHA M
7. AKRUTI M
8. DRIKA M

Dashvidha Pariksha

- 1) Prakruti Vakey
- 2) Vikruti Vakey
- 3) Sara M
- 4) Samhana M
- 5) Pramana M
- 6) Satmya M
- 7) Satva M
- 8) Agni M
- 9) Vaya M
- 10) Vyayam Shakti M

INVESTIGATION EXAMINATION (जाँच)

- No -

DIAGNOSIS AND TREATMENT SUMMARY (रोगचिकित्सा वृत्तान्त)

C/O Geriatric
Depression

40u
Shirodhara 3 sessions
- Nasyam 3 sessions
weekly 3 times

DIET ADVISE ON DISCHARGE (आहारनिर्देश)

As per diet chart

Follow up (दोबाराकबानाहै)

After 1 month

CONDITION AT THE TIME OF DISCHARGE

Home ☒ Dead ☐ Referred ☐ Lama ☐

1. WHEN TO OBTAIN EMERGENCY CALL (आपातकालीनसमस्यामेंसम्पर्क)

PH No. +

A) if any discomfort

B)

C)

2. Medicine After Diseases (औषधिछुटीकेबाद)

Am. Sudhi Kiti - रत को सने ल पदले 1/2 चो गुनगुना पानी से
Udarnvikan pow 0-0
Dommeu pow 1/2 चो 1/2 चो खाना खाने के बाद (1/2 hr)
Brahm Vati 0-0 गुनगुने पानी से

Dr. Name.

Sign....

Date 11/10/2021

FEEDBACK FORM (प्रतिक्रिया फॉर्म)

Name/नाम : Shekhar Singh Age(आयु) 46 Sex(लिंग) M

OPD: 20.2.16.17 UHID No. JS-2021574

Address /पता: 31/01, pocket D, dilshad garden delhi - 95

Phone No./ फोनन.: Email / ईमेल :

Name of Doctor /डॉक्टर का नाम: ..

Dear Sir/Madam, प्रिय महोदय/ महोदया

We want know your opinion. We would appreciate if you would spare us a moment of your valuable time in providing u your feedback regarding various aspects of medical care and hospitality that were extended to your stay here with us.
हम आपकी राय जानना चाहते हैं हम आप की सराहना करेंगे अगर आप हमें अपने मूल्यवान समय का एकक्षण देंगे जो हमें आपकी चिकित्सा, देखभाल और आतिथ्य के विभिन्न पहलुओं के बारे में आप की प्रतिक्रिया प्रदान करने में मददकरता है।
जो हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

S.No	Services/ सेवाएं	Good / अच्छा Yes/ हाँ	Not good/ अच्छा नहीं/No/नहीं
1.	Do you found ,Time period spent on your assessment is sufficient or not ? आपकी जांच के लिए डॉक्टर के द्वारा दिया गया समय पर्याप्त है या नहीं ?	✓	
2.	Explained about diagnosis and treatment? निदान और उपचार के बारे में समझाया?	✓	
3.	How is work experience of staff? कर्मचारियों का कार्य अनुभव कैसा है?	✓	
4.	During your problem did employee or staff respond you on time or not ? जब आप अपनी समस्या बताते हैं, तो कर्मचारी ठीक से सुनते हैं?	yes	
5.	Did staff treat you with dignity and respect? क्या कर्मचारी आप से गरिमा और सम्मान के साथ व्यवहार करते हैं?	yes	
6.	How would you feel during treatment? ईलाज के दौरान आपने कैसा अनुभव किया?	yes	
7.	Did you have confidence and trust in the staff? क्या आप कर्मचारी के कार्य क्षमता से संतुष्ट हैं?	yes	
8.	What one thing would you change about the department? इस विभाग में कोई एक भी ऐसी चीज जिस में आप सुधार चाहते हैं?		no

Your comments / आपके सुझाव

Date: 9/1/2021

Signature (Patient/Guardian)

Signature (Clinic Authority)

CHARGES CONCERN FORM

Name (नाम): Shekhar Singh DOA (भर्तीकीतारीख): 28/9/21
Age (उम्र): 46 Sex (लिंग): M UHID: JS2021574 OPD: 2021617
W/O, S/O, D/O (पिता/पति): Shreenath Singh Day Panchkarma:

Consultant Name (चिकित्सकनाम):

Provisional Diagnosis (रोगनिश्चय): Shirorogy, Anidra

Final Diagnosis (रोगविनिश्चय): Tension

1. Procedure details (प्रक्रियाविवरण): Shirodhara, Nasyam

2. Doctor Consultation Charges (चिकित्सक परामर्श शुल्क): N/A

3. Nursing Charges (नर्सिंग शुल्क): N/A

4. Package Charges Procedure wise

A: Shirodhara 3 seating $2500 \times 3 = 7500$
B: Nasyam 6 seating $1500 \times 3 = 4500$
C: Dr. Sudhi Poo 3 seating 12000
D: Amune Tab — 2400
E: Meehan nati — 9600
Udamikan pow —
Hrid case coop —

5. Doctor Fees (चिकित्सक शुल्क):

6. Medicine (approx) costing: 8850

7. Consumable (approx) charges:

8. Accessory (approx) charges:

9. Diet Charges (आहार शुल्क):

Total Estimated Package Rs. 18450/-

Patient Signature Shekhar Singh

Receptionist Signature Nash

VITAL CHART

Patient Name: Shekhar Singh Gender: M DoA: 28/09/21 UHID No. 152021574

[illegible]

TEST REQUEST FORM

Name (नाम): DOB (जन्मकीतारीख):

Age (उम्र) Sex (लिंग) UHID : OPD :

W/O, S/O, D/O (पिता/पति): Day Panchkarma:

Provisional Diagnosis (रोगनिश्चय)

Confirm Diagnosis (रोगनिश्चय) :

Name of Consultant (चिकित्सकनाम) :

Time of request Date

1. Lab

2. Radiology:

3. Scanning :

4. Markers :

Schedule time :

Information for test :

Request that my reports should not be share with anyone without my permission.

मैं अपनी पूर्ण इच्छा से डॉक्टर की सलाह पर अपनी जाँच की अनुमति प्रदान करता हूँ एवं अपनी जाँच का परिणाम की विनती करता हूँ की यह जाँच मेरी अनुमति के बिना सार्वजनिक नहीं की जाये।

Signature :

Signature of Doctor/Nurse

Relation with Patient :

DAILY MEDICATION SCHEDULE

UHID: JS2021574 OPD 2621617 Date: 28/09/21

Patient Name : shekhar singh DOA: 28/9/21

Allergies: No

Consultant : _

PERSONAL MEDICATION RECORD

Name : <u>Ayush K</u>	Pharmacy: <u>Ayush K</u>	Physician: <u>Dr. Karuna</u>
Name :	Pharmacy:	Physician:
Name :	Pharmacy:	Physician:
Name :	Pharmacy:	Physician:
Name :	Pharmacy:	Physician:

NAME OF DRUG	DOSE	DATE	TIME OF DRUG
dr. Sudhi pow	OD	28:11:2021	12:00 PM
			9:00 PM in night before bed time
Immune Tab	BD		9:00 AM 3:00 PM
Udaruikar pow	BD		9:00 AM 3:00 PM
Breast vaci	BD		9:00 AM 3:00 PM
Hyal case cap	BC		9:00 AM 3:00 PM
for one month			



UHID: JS2021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No

PROGRESS NOTES

B.P.: Date 144/85-28/09/21 Before
P/R: 70 Treatment
Temp.: 97.8 c/s/B-

Pain: 0

Time
9:30 AM

c/o - Trombocytopenia
- Depression

Adv
- Sirodhana & Boorhni oil
- Take rest after therapy.

B.P.: 144/90

P/R: 75

Temp.: 98.8

Pain: 0

Time
9:34 AM

Date 30/09/21 Before Therapy

c/s/B-

c/o - Trombocytopenia

- Depression

Adv

Nasyam - Am tail
(8-8 drop. to 16 drop.)

Time
30/09/21 9:34 AM



UHID: JS2021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No.

Date: 3/10/21

PROGRESS NOTES

B.P.: 139/85

P/R: 80

Temp.: 97.8

Pain: 0

Time 9:34 am before Therapy

C/S/B -

C/O gynomenia (unimproved)
mild dipresion

Adv

Shirodhara & brahmi oil

①
6/10/21
9:34 AM

B.P.: 144/96

P/R: 90

Temp.: 97.8

Pain: 0

Date: 6/10/21

Time: 9:30 am

before Therapy

C/S/B -

C/O gynomenia (unimproved)
mild dipresion

Adv

Nasyam & Amritail

①
6/10/21
9:30 AM



UHID: JS2021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No.

Date - 8/10/21 Time - 9:30 AM

PROGRESS NOTES

B.P.: 139/80

P/R: 80

Temp.: 97.8

Pain: 0

myofascial Therapy

c/o - Gynecomastia (gynp.)

- depression

Adu
Shirodhara & Brahmi oil

①
Kp

8/10/21 9:38 AM

Date 11/10/21 Time - 9:30 AM

B.P.: 139/80

P/R: 80

Temp.: 98.7

Pain: 0 0

myofascial Therapy

c/s/b -

c/o - Gynecomastia (gynp.)

- depression

Adu
- Marjaryam & Amla tail

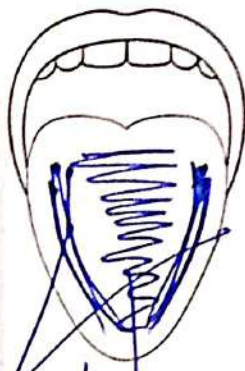
- Take presc. med 1 month

~~reflex~~

①
Kp

11/10/21 9:30 AM

Tongue (जिह्वा)



white
coating

Month	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
Date						
Naadi (नदी)	1st Month	2nd Month	3rd Month	4th Month	5th Month	6th Month
Vata	↑↑					
Pitta	↑					
Kapha	↑					

धरण/कौड़ी: ☐ Yes ☒ No

Relief % After Treatment

[illegible]

FAMILY HISTORY :
Complaints -

Father	Mother	Sister	Brother	Grand Parents	Father Side चाचा ताऊ डूआ	Mother Side मामा मासी
DM-2	-	-	-	-	-	-

Surgery/Procedure History _____
No

HISTORY OF PAST ILLNESS: No

Disease	Duration	Test	Treatment / Pathy / Indication दिवने संस्थित दत रही है और कोन कोन ली

GYNAE HISTORY

L.M.P _____ Days _____

FLOW ☐ Scanty ☐ Normal ☐ Excessive Other _____

Clots- _____ Pain - ☐ Nil ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe

Odour - ☐ No smell ☐ Foul smell ☐ Fishy smell

Consistency - ☐ Curdy white ☐ Sticky ☐ Watery

WHITE DISCHARGE -

Colour - ☐ Yellow ☒ White ☐ Grey ☐ Green

Itching / Burning - ☐ Yes ☒ No

OBS HISTORY

	Age	Weight	Mode of delivery
Marriage Time			
Before Pregnancy			
After 1st Delivery			☐ Normal ☐ C-Section ☐ Complication
After 2nd Delivery			☐ Normal ☐ C-Section ☐ Complication

Other Detail : _____

Abortion History : _____

SYSTEMIC EXAMINATION

BOWELS

Frequency / Vega ☒ /Day ☐ Day gap

Consistency

- ☐ Hard
☒ Soft
☐ Loose
☐ Well Formed
☐ Mucus mix

Associated with

- ☒ Urgency
☐ Strain
☐ Pain
☐ Bleeding
☐ Burning Sensation

Evacuation

- ☐ Complete
☒ Incomplete
☐ Incontinence

Colour Brown

Other lib

Taking Laxatives

- ☐ Yes ☒ NO
☐ Allopathic
☐ Any Other

APPETITE AND DIGESTION

Do you feel hungry

☒ Yes ☐ No

Do you feel tightness before the next meal

☐ Yes ☒ No

heavy Abol.

Do you feel drowsiness after meal

☐ Yes ☒ No

GAS / गैस

☒ Bloating

☒ Passing with ease

☒ Passing with difficulty

☒ Burps/भुर्क

Intensity

☒ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

Any med. for gas

☐ Yes

☒ No

Other

no

ACIDITY / तेजाब

☐ Heart burn

☐ Reflux

☐ Sour bolching

☐ Bilo Brash/बिलो ब्राश

☐ After food

☐ Before food

☐ Always

Intensity

☐ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

Any medicines for gas

☐ Yes

☒ No

EYES

Pallor ☐ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

Vision normal

Icterus ☐ Mild

☐ Moderate

☐ Severe

Others no

URINE

Vega

☐ Day

☐ Night

☒ Normal

Associated with

☐ Urgency

☒ Strain

☐ Pain

☐ Frothy

☐ Bleeding

☐ Burning Sensation

☒ Satisfactory

☐ Unsatisfactory

☐ Incontinence

Colour yellow

Others no

SLEEP

Duration

☐ Normal

☐ Sound

☐ Dreams

☐ Disturbed

☒ Late onset

☒ Disturbed in Middle

Intensity of Disturbance

☐ Mild

☒ Moderate

☐ Severe

☐ Yes

☒ No

Others

no

MIND

☐ Depression

☒ Anxiety

☐ Short Tempored

☐ Mood Swings

☐ Negative Thoughts

☒ Restless

☒ Stress

☐ Avara Sattva

☒ Pravar Sattva

☐ Madhyam Sattva

Others

no

ALLERGIES / REACTIONS

Food..... no Medicine no Other no

INVESTIGATIONS PROVIDED ☐ Yes ☒ No

DIAGNOSIS..... Pericarditis, Dissection due to ather

CHIKITSA SUTRA..... Shodhan or Shaman

SPECIFIC ADVICE..... Avoid oily Spicy辛辣 food

HEMATOLOGY..... Beet or Sealed in diet.

Investigation Types	1st Visit	2nd Visit	3rd Visit	4th Visit	5th Visit	6th Visit	7th Visit	8th Visit	9th Visit	10th Visit	11th Visit
—	—										

RADIOLOGY

—	—

Pt. Signature. *Shree Singh*

Doctor Signature _____

DATE:- 28/09/2021

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops
Dr. Sudhi pow 1/2 चमचे गुठ. पानी लें रात में सोने लें फल Udavarika pow 1/2 चमचे सोना सोने के 1/2 चमचे एक गुठ. पानी लें	Ammonium Talc Borahm vati Hridi cane cap	बाला (बाल) के बह गुनगुन पानी लें

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE:-

Churan / Powder / Kit	Tablets / Capsule	Liquid / Drops

DATE	MORNING TO NIGHT DIET FULL DETAILS
28/09/2021	Last Day - 10:15 AM - Roti + daal + Aaluki Sabji 3:00 PM - Roti + chawal + daal + Sabji (Aach) 11:00 PM - Roti + Paneer ki Sabji
	Today- 8:00 AM - Milk tea + biscuit - 4
	Last Day -
	Today-
	Last Day -
	Today-
	Last Day -
	Today-
	Last Day -
	Today-
	Last Day -
	Today-
	Last Day -
	Today-

शतायु जीवन आहार ज्ञान

100 वर्षों तक स्वस्थ, सुखी व सम्पन्न जीने के लिए

neostasis) व उसकी बीमारी / तकलीफ, शरीर के स्वभाव के अनुसार तैयार स्पेशल आहार ज्ञान (पूर्णतया वैज्ञानिक विधि से)

 TORTOISE TYPE DIET CHART कछुये की तरह की प्रकृति वाले लोगों के लिए	 RABBIT TYPE DIET	 FROG TYPE DIET	 GOLDEN FROG TYPE DIET
अगर आपको कोई बीमारी नहीं है या 1-2 छोटी-मोटी बीमारी है व कुछ समय से कोई दवा खा रहे हैं तो आजीवन स्वस्थ व निरोगी रहने के लिए यह आहार प्रणाली अपनाइयें	अगर आपको 2 या 3 से अधिक बीमारीयां हैं व 2 से 4 गोलीयां रोज खा रहे हैं तो अपनायें RABBIT TYPE DIET उसके बाद हमारे विशेषज्ञ से सलाह लेकर 15/30/60 दिन बाद TORTOISE TYPE DIET में चले जाएं।	अगर आपको 3 या 4 से अधिक बीमारीयां हैं व 4 से 10 गोलीयां रोज खा रहे हैं तो अपनायें FROG TYPE DIET उसके बाद हमारे विशेषज्ञ से सलाह लेकर 15/30/60 दिन बाद RABBIT TYPE DIET में चले जाएं।	अगर आपको कई सारी बीमारीयां या लक्षण हैं 3 या 4 से अधिक बीमारीयां हैं व 4 से 10 गोलीयां रोज खा रहे हैं डाक्टर ने आपको ऑपरेशन के लिए बोला है या आप इन्सुलिन पर हैं व अत्यधिक दवाईयों के सेवन वाले जैसे किडनी फेल, लीवर खराब, हैपीटाइटिस, एड्स वाले सभी व्यक्ति अपनायें GOLDEN FROG TYPE DIET उसके बाद हमारे विशेषज्ञ से सलाह लेकर 15/30/60 दिन बाद FROG TYPE DIET में चले जाएं।
प्रातः खाली पेट सुबह उठते ही लगभग प्रातः 6 बजे 1 गिलास गर्म पानी में 1/2 चम्मच 32 हर्ब टी डालकर उबाले 1/4 ग्लास से पूर्व 1/2 और इसे गर्म-गर्म चाय की तरह सिप-सिप करके बैठकर पीयें। तत्पश्चात उगते सूर्य की रोशनी में योगा/सैर/व्यायाम/मैडीटेशन व दिव्य साधना (30 मिनट की) अवश्य करें।	विशेष नोट: यह TORTOISE TYPE DIET की तरह ही है केवल इसमें एक बदलाव करना है प्लेट नः 2 का सेवन दिन में एक बार ही करना है।	विशेष नोट: यह RABBIT DIET की तरह ही है केवल इसमें एक बदलाव करना है प्लेट नः 2 का सेवन दिन में एक बार ही करना है।	विशेष नोट: यह FROG DIET की तरह ही है परन्तु इसमें एक बदलाव करना है प्लेट नः 2 का सेवन दिन में एक बार भी नहीं करना है। इसमें प्लेट नः 1 से पहले तीनों समय अपने वजन के बराबर ग्राम ग्राम में हरे पत्ते जरूर खाने हैं।
नारता सुबह 7 से 9 बजे के बीच प्लेट नः 1 रोजाना एक प्लेट 4 से 5 तरह के सीजन के फलों का सेवन करें। अपना वजन (किलो में) $\times 10 \frac{3}{4}$ ग्राम उदाहरण : 70 किलो $\times 10 \frac{3}{4}$ 700 ग्राम इतना तो कम से कम खाना ही है आप ज्यादा भी खा सकते हैं। प्लेट नः 2 रोजाना आमतौर पर जो हम खाते हैं उसी को प्लेट नः 2 कहते हैं। प्लेट नः 1 खत्म करते ही तुरंत प्लेट नः 2 खायें।	अपना वजन (किलो में) $\times 1 =$ ग्राम उदाहरण : 70 किलो $\times 1 =$ 70 ग्राम	अपना वजन (किलो में) $\times 2 =$ ग्राम उदाहरण : 70 किलो $\times 2 =$ 140 ग्राम (प्लेट नः 2 में इतना ही खाना खाना है आप इससे ज्यादा नहीं खा सकते) इसमें सुबह नारता में प्लेट नः 1 से पहले अपने वजन के बराबर ग्राम में सलाद / कच्ची हरी सब्जियां जरूर खानी है।	
दोपहर का भोजन 1 से 4 बजे के बीच प्लेट नः 1 रोजाना एक प्लेट 4 से 5 तरह के सीजन के सलाद का सेवन करें। अपना वजन (किलो में) $\times 5 \frac{3}{4}$ ग्राम उदाहरण : 70 किलो $\times 5 \frac{3}{4}$ 350 ग्राम इतना तो कम से कम खाना ही है आप ज्यादा भी खा सकते हैं। प्लेट नः 2 रोजाना आमतौर पर जो हम खाते हैं उसी को प्लेट नः 2 कहते हैं। प्लेट नः 1 खत्म करते ही तुरंत प्लेट नः 2 खायें।			
रात का भोजन 6 से 8 बजे के बीच प्लेट नः 1 भोजन में 2 या 3 तरह का सलाद व 1 या 2 तरह के फल खायें। अपना वजन (किलो में) $\times 10$ ग्राम $\frac{3}{4}$ ग्राम उदाहरण : 70 किलो $\times 10$ ग्राम $\frac{3}{4}$ 700 ग्राम इतना तो कम से कम खाना ही है आप ज्यादा भी खा सकते हैं। रात्रि में केवल प्लेट नः 1 ही खाना है आप पूरे दिन में 2 ही बार प्लेट नः 2 खा सकते हैं चाहे सुबह-दोपहर या सुबह-शाम या दोपहर-शाम को खा लें (आपकी मर्जी है) नोट: जल्दी ठीक होने के लिए प्लेट नः 2 सुबह व दोपहर ही खायें (दिन में केवल 2 बार) जब भी कभी बाहर का खाना लेना हो तो पहले प्लेट नः 1 पहले खत्म कर लें।		क्या नहीं खाना है:- 1. किसी भी तरह का पैकेट में खाना या पैकड खाना (डिब्बा बंद) खाना नहीं खायें। 2. रिफाईंड फूड (जैसे घी, तेल, जंक फुड, बिस्कुट, भुजिया, नमकीन, ब्रैड आदि) नहीं खायें। 3. कोई भी दूध की वस्तु जैसे दूध, दही, मलाई, घी, पनीर व दूध वाली चाय आदि नहीं लेना। 4. दूध वाली चाय व कॉफी ना पीयें, जिसके कारण ब्लड प्रेशर बढ़ता है लीवर व किडनी खराब होती है। 5. किसी भी जानवर का मांस, मीट, मछली, अण्डा इत्यादि ना खायें। 6. किसी भी तरह का फूड/ब्यूटीशानल सप्लीमेंट (कैमीकल, प्रीजरवेटिव बेस्ड) नहीं खायें। 7. किसी भी तरह के नशे व स्टेरॉयड से बचें हार्ट व फेफड़ों की प्रॉब्लम हो जाती है। क्या-क्या खा सकते हैं : दिन भर बीच-2 में स्नैक्स की तरह से :- 1. किसी भी तरह के फल व सलाद जब मर्जी जितने मर्जी खा सकते हैं। 2. नारियल या नारियल पानी जब मर्जी जितना मर्जी पी सकते हैं। 3. 32 हर्ब टी (संस्था की स्पेशल 32 जड़ीबुटियों युक्त चाय) जब मर्जी जितना मर्जी पी सकते हैं। 4. भीगे हुए ड्राई फ्रूट्स/अंकुरित दालें / हरी पत्तेदार सब्जियां / बीज (Seeds) (सूरजमुखी, कद्दू, खरबूजा, अलसी, तिल इत्यादि) वजन के बराबर ग्राम में खा सकते हैं। 5. उगते सूरज की रोशनी 45 मिनट रोज अवश्य लें।	सहत्वपूर्ण जानकारी :- अगर आपको जुकाम, बुखार, खांसी, चिकनगुनिया, डेंगू, मलेरिया, संक्रमण (Infection) आदि कुछ भी हो तो 48 से 72 घंटे तक प्लेट नः 2 का सेवन नहीं करना है। पेट का संक्रमण, दस्त लगे, डाइरिया होने पर सिर्फ नारियल पानी व 32 हर्ब टी का सेवन 2 से 3 घंटे के अंतराल में लगातार 2 दिन तक करते रहें। कोई प्लेट नः 1 या प्लेट नः 2 नहीं खानी है।
नोट: जो भी खायें थोड़ा-थोड़ा व 32 बार चबा-चबा कर खायें।			

क्या नहीं खाना है:-

1. किसी भी तरह का पैकेट में खाना या पैकड खाना (डिब्बा बंद) खाना नहीं खायें।
2. रिफाईंड फूड (जैसे घी, तेल, जंक फुड, बिस्कुट, भुजिया, नमकीन, ब्रेड आदि) नहीं खायें।
3. कोई भी दूध की वस्तु जैसे दूध, दही, मलाई, घी, पनीर व दूध वाली चाय आदि नहीं लेना।
4. दूध वाली चाय व कॉफी ना पीयें, जिसके कारण ब्लड प्रेशर बढ़ता है लीवर व किडनी खराब होती है।
5. किसी भी जानवर का मांस, मीट, मछली, अण्डा इत्यादि ना खायें।
6. किसी भी तरह का फूड/ब्यूटीशियल सप्लीमेंट (कैमिकल, प्रीजरवेटिव बेस्ड) नहीं खायें।
7. किसी भी तरह के नशे व स्टेरॉयड से बचें हार्ट व फेफड़ों की प्रॉब्लम हो जाती है।

क्या-क्या खा सकते हैं : दिन भर बीच-2 में स्नैक्स की तरह से :-

1. किसी भी तरह के फल व सलाद जब मर्जी जितने मर्जी खा सकते हैं।
2. नारियल या नारियल पानी जब मर्जी जितना मर्जी पी सकते हैं।
3. 32 हर्ब टी (संस्था की स्पेशल 32 जड़ीबुटियों युक्त चाय) जब मर्जी जितना मर्जी पी सकते हैं।
4. भीगे हुए ड्राई फ्रूट्स/अंकुरित दालें / हरी पत्तेदार सब्जियां / बीज (Seeds) (सूरजमुखी, कद्दू, खरबूजा, अलसी, तिल इत्यादि) वजन के बराबर ग्राम में खा सकते हैं।
5. उगते सूरज की रोशनी 45 मिनट रोज अवश्य लें।

महत्वपूर्ण जानकारी :-

अगर आपको जुकाम, बुखार, खांसी, चिकनगुनिया, डेंगू, मलेरिया, संक्रमण [Infection] आदि कुछ भी हो तो 48 से 72 घंटे तक प्लेट नः 2 का सेवन नहीं करना है। पेट का संक्रमण, दस्त लगे, डाइरिया होने पर सिर्फ नारियल पानी व 32 हर्ब टी का सेवन 2 से 3 घंटे के अंतराल में लगातार 2 दिन तक करते रहें। कोई प्लेट नः 1 या प्लेट नः 2 नहीं खानी है।

नाम : Shekhar Singh

