

Dr Reena's Homeopathic Clinic

Near Ambedkar Chowk, Hanuman Nagar, Kankarbagh Patna

Mob: - +918709115647, Email : drreenaclinic@gmail.com

www.drreena.in

Case Taking Form

Date:

File Number:

Medicine Details:

Name	
Mob/ Email	
Age	
Weight	
Height	
B/P	
Diseases/ Problems/ बीमारियाँ/ समस्याएँ	
Previous Medical History/ Treatment Details	

A. Lifestyle and Habit. (जीवनशैली और आदतें) :

1. Can you describe your typical daily routine, including waking and sleeping times?(आपका सामान्य दिनचर्या कैसा है, जिसमें उठने और सोने का समय शामिल है?)

2. What are your regular activities throughout the day?(दिनभर आपकी नियमित गतिविधियाँ क्या हैं?)

3. Do you engage in regular physical exercise or activities?(क्या आप नियमित शारीरिक व्यायाम या गतिविधियों में शामिल हैं?)

4. What types of exercise do you enjoy, and how frequently do you participate?(आपको कौन-कौनसे व्यायाम पसंद हैं, और आप कितनी बार भाग लेते हैं?)

5. Do you smoke or use tobacco products?(क्या आप सिगरेट या तंबाकू उपयोग करते हैं?)

6. How often do you consume alcohol, and in what quantities?(आप शराब कितनी बार और कितनी मात्रा में पीते हैं?)

7. How do you typically cope with stress or challenging situations?(आप स्ट्रेस या चुनौतीपूर्ण स्थितियों का सामना कैसे करते हैं?)

8. Are there specific stressors in your life that you would like to discuss?(क्या आपके जीवन में कोई ऐसे तंतु हैं जिन्हें आप चर्चा करना चाहेंगे?)

9. What do you enjoy doing in your free time?(आप खाली समय में क्या करना पसंद करते हैं?)

10. Are there hobbies or activities that bring you a sense of fulfillment or relaxation?(क्या हैं वे शौक या गतिविधियाँ जो आपको संतुष्टि या आराम की भावना देती हैं?)

11. Describe your social life. How often do you spend time with friends or family?(अपने सामाजिक जीवन को वर्णित करें। आप मित्र या परिवार के साथ कितनी बार समय बिताते हैं?)

12. Are there any social factors that you believe will impact your health?(क्या हैं वे सामाजिक कारक जो आपके स्वास्थ्य पर असर कर सकते हैं?)

13. How much time do you spend on electronic devices or screens each day?(आप प्रतिदिन इलेक्ट्रॉनिक उपकरणों या स्क्रीनों पर कितना समय बिताते हैं?)

14. Do you notice any effects on your well-being related to screen time?(क्या आपने स्क्रीन के समय अपने भले की कोई प्रभाव देखा है?)

B. Environmental Factor(पर्यावरणीय कारक):

1. Can you describe your living space? Is it urban or rural? Apartment or house?(क्या आप अपने आवास को विवरण कर सकते हैं? क्या यह शहरी या ग्रामीण है? अपार्टमेंट या घर?)

2. Are there any factors in your home environment that you think might influence your health?(क्या आपके घरेलू पर्यावरण में कोई कारक हैं जो आपके स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकते हैं?)
3. What is your occupation, and what does your work environment look like?(आपका व्यावसाय क्या है, और आपके काम का पर्यावरण कैसा है?)
4. Are there any specific exposures or stressors related to your job?(क्या आपके काम से संबंधित कोई विशिष्ट प्रदूषण या तनाव हैं?)
5. Are you exposed to any environmental toxins or pollutants in your daily life?(क्या आप अपने दैनिक जीवन में पर्यावरणीय विषाणुओं या प्रदूषकों के संपर्क में हैं?)
6. Do you have concerns about air or water quality in your surroundings?(क्या आपको अपने आस-पास के माहौल की हवा या पानी की गुणवत्ता के बारे में चिंता है?)

7. Are you aware of any allergies you may have, whether to foods, plants, animals, or other substances?(क्या आपको कोई एलर्जी है, चाहे वह आहार, पौधों, जानवरों या अन्य पदार्थों की हो?)
8. Have you experienced any allergic reactions in the past?(क्या आपने पिछले में किसी एलर्जिक प्रतिक्रिया को महसूस किया है?)
9. Have you traveled recently, especially to different geographical locations or climates?(क्या आपने हाल ही में यात्रा की है, खासकर विभिन्न भूगोलिक स्थानों या जलवायु में?)
10. Did you notice any changes in your health during or after travel?(क्या आपने यात्रा के दौरान या बाद में अपने स्वास्थ्य में कोई परिवर्तन नोट किया?)
11. How often do you engage in outdoor activities?(आप आउटडोर गतिविधियों में कितनी बार भाग लेते हैं?)

12. Are there specific outdoor environments or activities that you find particularly beneficial or challenging?(क्या ऐसी कोई विशेष आउटडोर पर्यावरण या गतिविधियाँ हैं जो आपके लिए विशेष लाभकारी या चुनौतीपूर्ण हैं?)
13. Describe your sleep environment. Is it quiet, dark, and comfortable?(अपने नींद के आसपास का वर्णन करें। क्या यह शांत, अंधेरा और सुखद है?)
14. Are there any factors in your bedroom that may affect your sleep quality?(क्या आपके बेडरूम में ऐसे कोई कारण हैं जो आपके नींद की गुणवत्ता को प्रभावित कर सकते हैं?)
15. Do you have any pets at home? How do you feel around animals?(क्या आपके घर में कोई पालतू जानवर हैं? आप जानवरों के साथ कैसे महसूस करते हैं?)
16. Are you aware of any pet allergies you may have?(क्या आपको ऐसी कोई पालतू जानवरों से एलर्जी हैं जो आपको पता है?)
17. How much time do you spend in natural sunlight?(आप प्राकृतिक सूर्य प्रकाश में कितना समय बिताते हैं?)

18. Do you notice any effects on your mood or well-being based on sunlight exposure?(क्या आपने सूर्य प्रकाश के संपर्क में होने पर अपने मूड या भलाइयों पर कोई प्रभाव देखा है?)

C. Thirst (प्यास):

1. How often do you experience feelings of thirst throughout the day? (आप दिनभर में प्यास के भावनाएँ कितनी बार महसूस करते हैं?)
2. When you feel thirsty, how strong is the sensation? Mild, moderate, or intense?(जब आपको प्यास लगती है, तो वह अहसास कितना मध्यम, माध्यम, या तेज़ होता है?)
3. Do you prefer cold or warm beverages when you are thirsty?(जब आपको प्यास लगती है, तो क्या आप ठंडा या गरम पेय पसंद करते हैं?)
4. Are there specific times of the day or night when you tend to feel more thirsty?(क्या दिनभर या रात्रि के किसी विशेष समय पर आपको ज्यादा प्यास लगती है?)
5. Does your thirst increase or decrease around meal times?(क्या आपकी प्यास भोजन के आसपास बढ़ती है या घटती है?)
6. Do you experience thirst immediately after eating certain types of foods?(क्या आप किसी विशेष प्रकार के खाद्य लेने के बाद तुरंत प्यास महसूस करते हैं?)
7. Are there particular beverages that you crave when you are thirsty?(क्या हैं वह खाद्य जिन्हें आप जब प्यासे होते हैं, तो खाना चाहते हैं?)

8. Do you sip water continuously throughout the day, or do you tend to drink larger amounts at once?(क्या आप दिनभर में नियमित रूप से पानी पीते हैं, या आप एक बार में अधिक मात्रा में पीते हैं?)
9. Does the weather, such as hot or dry conditions, influence your thirst?(क्या मौसम, जैसे की गरम या सूखी स्थितियां, आपकी प्यास पर प्रभाव डालती हैं?)
10. How does physical activity or exercise affect your thirst levels? (शारीरिक गतिविधि या व्यायाम आपकी प्यास को कैसे प्रभावित करता है?)
11. Have you noticed any recent changes in your patterns of thirst?(क्या आपने अपने प्यास के पैटर्न में हाल ही में कोई परिवर्तन देखा है?)
12. Do you experience changes in thirst based on your emotional state or stress levels?(क्या आप अपनी भावनात्मक स्थिति या तनाव स्तर के आधार पर प्यास में परिवर्तन महसूस करते हैं?)

D. Appetite(भूख):

1. Do you have set meal times, or do you eat irregularly throughout the day?(क्या आपके पास निश्चित भोजन का समय है, या क्या आप दिनभर अनियमित रूप से खाते हैं?)
2. How often do you feel hungry in a typical day? (आप एक सामान्य दिन में कितनी बार भूख महसूस करते हैं?)

3. How is your appetite in the morning? Do you usually have breakfast?(सुबह का भोजन कैसा है? क्या आप सामान्यतः नाश्ता करते हैं?)
4. Does your appetite change in the evening compared to other times of the day? (शाम के समय आपकी भूख दिनभर के अन्य समयों की तुलना में कैसी होती है?)
5. Have you noticed any recent changes in your overall appetite?(क्या आपने हाल ही में अपनी कुल भूख में कोई परिवर्तन नोट किया है?)
6. Are there particular foods you often crave or find appealing?(क्या हैं वह खाद्य जिन्हें आप सामान्यतः चाहते हैं या आकर्षक पाते हैं?)
7. Do you have strong dislikes or aversions to certain foods?(क्या आपको किसी खाद्य से नफरत है या उससे घृणा है?)
- 8.
9. How does your emotional state affect your appetite? Do you eat more or less during times of stress or sadness? (आपकी भावनात्मक स्थिति आपकी भूख पर कैसे प्रभाव डालती है? क्या आप तनाव या उदासी के समय अधिक या कम खाते हैं?)
10. Are your meals typically large, small, or moderate in size?(क्या आपके भोजन सामान्यतः बड़े, छोटे या मध्यम होते हैं?)
11. Do you experience increased thirst before or after meals?(क्या आप भोजन से पहले या बाद में अधिक प्यास महसूस करते हैं?)

12. Have you noticed any significant changes in your weight recently?(क्या आपने हाल ही में अपने वजन में कोई सूचीबद्ध परिवर्तन नोट किया है?)
13. Are there any digestive symptoms such as bloating, gas, or indigestion related to your meals?(क्या आपके भोजन से संबंधित कोई पाचनिक लक्षण हैं, जैसे की फूलन, गैस, या पेट फूलन?)

E. Perspiration (पसीना):

1. How much do you perspire on an average day? Is it minimal, moderate, or excessive?(औसत दिन में आप कितना पसीना बहाते हैं? क्या यह न्यून, मध्यम या अत्यधिक है?)
2. Which parts of your body tend to perspire the most? Are there specific areas where you rarely perspire?(आपके शरीर के कौन-कौन से हिस्से सबसे ज्यादा पसीना करते हैं? क्या वहाँ कुछ खास क्षेत्र हैं जहाँ आपको सामान्यतः पसीना नहीं आता?)
3. Are there particular situations, activities, or emotional states that trigger increased perspiration?(क्या ऐसी विशेष परिस्थितियाँ, गतिविधियाँ, या भावनात्मक स्थितियाँ हैं जो अधिक पसीना उत्पन्न करती हैं?)
4. Does your perspiration have a distinct odor? If so, how would you describe it?(क्या आपका पसीना का विशेष गंध है? ऐसा हो, तो आप इसे कैसे वर्णन करेंगे?)

5. How does your perspiration change with different temperatures or weather conditions?(आपका पसीना विभिन्न तापमान या मौसम की स्थितियों के साथ कैसे बदलता है?)
6. Do you experience excessive perspiration, especially during sleep? If so, how often?(क्या आप हालात के बदलने के कारण अधिक पसीना करते हैं, विशेषकर नींद के दौरान? ऐसा हो, तो कितनी बार?)
7. Does your perspiration cause staining or discoloration of your clothing?(क्या आपका पसीना आपके कपड़ों को स्टेनिंग या रंगीन बनाता है?)
8. Have you noticed any recent changes in your patterns of perspiration?(क्या आपने हाल ही में अपने पसीने के आदर्श में कोई परिवर्तन नोट किया है?)
9. Does an increase in perspiration correlate with an increase in thirst? (क्या पसीने में वृद्धि प्यास की वृद्धि से संबंधित है?)
10. Do you notice changes in perspiration related to your emotional state, such as stress or anxiety?(क्या आप अपनी भावनात्मक स्थिति, जैसे कि तनाव या चिंता, के साथ पसीने में परिवर्तन महसूस करते हैं?)
11. How does your skin feel after perspiring? Is there any stickiness or discomfort?(पसीने के बाद आपकी त्वचा कैसी लगती है? क्या वहां कोई चिपचिपाहट या असह्यता है?)

F. Menstrual history (for females) [मासिक इतिहास (महिलाओं के लिए)]:

1. How regular is your menstrual cycle? Do you experience any variations in the timing?
(आपके मासिक चक्र कितने नियमित हैं? क्या आपको समय में कोई विचलन महसूस होता है?)
2. How many days does your menstrual period typically last?(आपके मासिक धर्म की सामान्य अवधि क्या है?)
3. Can you describe the flow of your menstrual blood? Is it light, moderate, or heavy?(क्या आप अपने मासिक रक्त के प्रवाह को विवरण कर सकती हैं? क्या यह हल्का, मध्यम या भारी है?)
4. Do you experience any pain or discomfort during menstruation? If so, how would you describe it?(क्या आपको मासिक धर्म के दौरान कोई दर्द या असहिष्टता महसूस होती है? ऐसा हो, तो आप इसे कैसे वर्णन करेंगी?)
5. Have you noticed any clots in your menstrual blood?(क्या आपने अपने मासिक रक्त में किसी बड़े टुकड़े को देखा है?)
6. Do you experience any emotional changes or mood swings before or during your menstrual period?(क्या आप अपने मासिक चक्र से पहले या दौरान किसी विशेष खाद्य की इच्छा या अनिच्छा की है?)
7. Are there specific food cravings or aversions associated with your menstrual cycle?(क्या आपके मासिक चक्र से संबंधित कोई विशेष भावनाएँ या उतार-चढ़ाव हैं?)

8. Are there any other symptoms or changes you observe during your menstrual period, such as headaches, bloating, or skin issues?(क्या आपने अपने मासिक दौरान किसी भी अन्य लक्षण या परिवर्तन को देखा है, जैसे कि सिरदर्द, ब्लोटिंग, या त्वचा समस्याएँ?)
9. Have there been any recent changes in your menstrual history?(क्या आपके मासिक इतिहास में हाल ही में कोई परिवर्तन हुआ है?)
10. At what age did you first start menstruating?(आपने मासिक धर्म शुरू होने की किस आयु में देखा था?)
11. If applicable, have you noticed any changes in your menstrual cycle since using contraception?(यदि उपयुक्त हो, तो क्या आपने गर्भनिरोध का उपयोग करने के बाद अपने मासिक चक्र में कोई परिवर्तन देखा है?)
12. Have you been diagnosed with any menstrual disorders, such as PCOS or endometriosis?(क्या आपको किसी मासिक विकार, जैसे कि PCOS या एंडोमेट्रायोसिस, का नामांकन हुआ है?)

G. Urine (मूत्र):

1. How often do you urinate in a typical day?(एक सामान्य दिन में आप कितनी बार पेशाब करते हैं?)

2. Do you feel a sense of urgency or pressure when you need to urinate?(जब आपको पेशाब करने की आवश्यकता होती है, तो क्या आपमें तत्परता या दबाव की भावना होती है?)
3. Can you describe the color of your urine? Is it pale, dark, or have you noticed any changes?(क्या आप अपने पेशाब के रंग का वर्णन कर सकते हैं? क्या यह हल्का, गहरा है, या क्या आपने कोई परिवर्तन देखा है?)
4. Does your urine have any distinct odor? If so, how would you describe it?(क्या आपके पेशाब का कोई विशेष गंध है? ऐसा हो, तो आप इसे कैसे वर्णन करेंगे?)
5. Do you notice variations in the volume of urine you pass?(क्या आपमें पेशाब की मात्रा में परिवर्तन दिखाई देता है?)
6. Have you experienced any pain or discomfort during urination?(क्या आपने पेशाब करते समय किसी भी प्रकार की दर्द या असहिष्टता महसूस की है?)
7. Have you noticed any recent changes in your patterns of urination?(क्या आपने अपने पेशाब करने के तरीके में हाल ही में कोई बदलाव देखा है?)
8. Does an increase or decrease in thirst correlate with changes in your urine output?(क्या प्यास में बदलाव आने पर आपके मूत्र निकालने में कोई परिवर्तन होता है?)

9. Do you experience any involuntary loss of urine, especially when coughing, sneezing, or laughing?(क्या आपको कभी-कभी, खासकर खांसी, छींकते या हंसी के दौरान, मूत्र का अनवांछित निकालने का अनुभव हुआ है?)
10. Have you ever felt a burning sensation during or after urination?(क्या आपने कभी पेशाब करते या बाद में जलन का अहसास किया है?)

H. Stool (शौच):

1. How often do you have bowel movements in a typical day or week? Can you describe the consistency of your stool? Is it loose, formed, hard, or watery?(एक सामान्य दिन या सप्ताह में आपको कितनी बार शौच करने की आवश्यकता होती है? क्या आप अपने शौच की स्थिति का वर्णन कर सकते हैं? क्या यह ढीला, ठोस, कठिन या पानी जैसा है?)
2. What is the usual color of your stool? Have you noticed any changes?(आपकी शौच की सामान्य रंग क्या है? क्या आपने कोई परिवर्तन देखा है?)
3. Does your stool have any distinct odor? If so, how would you describe it?(क्या आपकी शौच की कोई विशेष गंध है? ऐसा है तो आप इसे कैसे वर्णन करेंगे?)
4. Have you noticed any changes in the size or caliber of your stool?(क्या आपने अपने शौच की आकार या गुणवत्ता में कोई बदलाव देखा है?)

5. Does the frequency of bowel movements relate to your meal times?(बायोल मूवमेंट्स की आवृत्ति का क्या आपके भोजन समय से संबंध है?)
6. Have you experienced any pain, discomfort, or straining during bowel movements?(क्या आपने शौच करते समय दर्द, असहिष्टता, या तनाव महसूस किया है?)
7. Have you observed any blood in your stool? If so, is it bright red or dark in color?(क्या आपने अपने शौच के आंतरिक रक्त में लाल या काला रंग देखा है?)
8. Have you noticed any mucus in your stool?(क्या आपने अपने शौच में कोई मकस सुना है?)
9. Have you experienced any recent changes in your stool patterns?(क्या आपने हाल ही में अपने शौच पैटर्न्स में कोई बदलाव महसूस किया है?)

I. Sleep (नींद):

1. Can you describe your typical bedtime routine? What time do you usually go to bed?(क्या आप अपनी सामान्य सोने की रूटी का विवरण कर सकते हैं? आप सामान्यतः किस समय सोते हैं?)

2. How many hours of sleep do you usually get per night?(आप रात्रि में सामान्यतः कितने घंटे सोते हैं?)
3. Would you describe your sleep as restful and rejuvenating, or do you wake up feeling tired?(क्या आप अपनी नींद को शानदार और पुनर्जीवित करने वाली कहेंगे, या क्या आप थके हुए महसूस होते हैं?)
4. Do you have any difficulty falling asleep? If so, can you identify any specific factors contributing to this?(क्या आपको नींद आने में कोई कठिनाई है? ऐसा है, तो इसमें योगदान करने वाले किसी विशेष कारकों को पहचान सकते हैं?)
5. Do you wake up in the middle of the night? If yes, is there a particular time you commonly experience this?(क्या आप रात्रि के बीच में उठते हैं? हाँ, तो क्या आप इसे सामान्यतः किस समय महसूस करते हैं?)
6. Do you tend to wake up earlier than desired? If so, what time do you usually wake up?(क्या आपको इच्छा है कि आप इच्छित समय से पहले उठें? ऐसा है, तो आप सामान्यतः किस समय उठते हैं?)
7. Do you have a preferred sleep position? Does it change during the night?(क्या आपकी पसंदीदा नींद की स्थिति है? यह रात्रि के दौरान बदलता है क्या?)

8. Is your sleep environment comfortable, quiet, and conducive to rest?(क्या आपके नींद के वातावरण को सुखद, शांत, और विश्रामायक माना जा सकता है?)
9. Do you take naps during the day? If yes, how long and how often?(क्या आप दिनभर में नींद लेते हैं? हाँ, तो कितने समय तक और कितनी बार?)

J. Dreams (सपने):

1. How often do you recall having dreams during the night?(रात्रि में आप कितनी बार सपने स्मरण करते हैं?)
2. Would you describe your dreams as vivid or faint?(क्या आप अपने सपनों को विविध या मंद कहेंगे?)
3. Are there any recurring themes or patterns in your dreams?(क्या आपके सपनों में कोई आवृत्ति या पैटर्न हैं?)
4. How would you characterize the emotional tone of your dreams? Are they usually pleasant, anxious, or disturbing?(आप अपने सपनों की भावनात्मक धुन को कैसे चित्रित करेंगे? क्या वे सामान्यतः आनंदप्रद, उत्सुक, या चिंताजनक होते हैं?)

5. Do you experience nightmares or particularly distressing dreams?(क्या आपको डरावने सपने या विशेष रूप से तकलीफदेह सपने आते हैं?)
6. Have you identified any specific triggers or factors that seem to influence the content of your dreams?(क्या आपने उन सपनों के सामग्री पर प्रभाव डालने वाले किसी विशेष कारकों या कारणों की पहचान की है?)
7. Do certain individuals or types of characters frequently appear in your dreams?(क्या कुछ विशिष्ट व्यक्तियों या प्रकार के पात्र आपके सपनों में अक्सर प्रकट होते हैं?)
8. Have you ever experienced lucid dreaming, where you are aware that you are dreaming?(क्या आपने कभी स्वप्नदृष्टि अनुभव की है, जब आपको यह अवगत होता है कि आप सपने देख रहे हैं?)
9. How well do you typically remember your dreams upon waking?(आप सामान्यतः सपने स्मरण करने में कितना सक्षम होते हैं?)

10. Do you notice any patterns in the timing of your dreams, such as occurring more often in the early morning?(क्या आपके सपनों की अवधि में कोई पैटर्न होता है, जैसे कि वे सामान्यतः सुबह को अधिक होते हैं?)

11. Do your dreams have any noticeable impact on your mood or thoughts during the day?(क्या आपके सपनों का दिनभर में आपके मूड या विचारों पर कोई प्रभाव होता है?)

12. Have you observed any recent changes in the nature or frequency of your dreams?(क्या आपने अपने सपनों की स्वभाव या आवृत्ति में हाल ही में कोई परिवर्तन देखा है?)

K. Craving (इच्छा):

1. Are there particular foods that you frequently crave?(क्या कुछ ऐसे खाद्य पदार्थ हैं जिनकी आप आमतौर पर इच्छा करते हैं?)

2. Do you notice any patterns in the timing of your cravings, such as specific times of day or in relation to meals?(क्या आप अपनी इच्छा में कोई समय से संबंधित पैटर्न देखते हैं, जैसे कि दिनभर के किसी विशिष्ट समय या भोजन से संबंधित?)

3. Do your cravings lean towards any specific taste preferences?(क्या आपकी इच्छा किसी विशेष रसस्वाद की ओर मुखरित होती है?)
4. How strong are your cravings when they occur?(जब वे होती हैं, तो आपकी इच्छा कितनी मजबूत होती है?)
5. Are there specific foods you crave that you may avoid due to dietary restrictions or preferences?(क्या कुछ खाद्य पदार्थ हैं जिन्हें आप इच्छा करते हैं, लेकिन आप आहारिक प्रतिबंधों या पसंदों के कारण त्यागते हैं?)
6. Have you observed any recent changes in the types or frequency of your cravings?(क्या आपने इच्छा की प्रकृति या आवृत्ति में हाल ही में कोई परिवर्तन देखा है?)

L. Aversion (अनरुचि):

1. Are there particular foods that you consistently dislike or avoid?(क्या कुछ ऐसे खाद्य पदार्थ हैं जिन्हें आप स्थिरता से नापसंद करते हैं या छोड़ते हैं?)

2. How strong are your aversions when you encounter or think about certain foods?(आप ऐसे खाद्य पदार्थों के सामने आने या सोचने पर कितने मजबूत असहिष्ट होते हैं?)

3. Are there specific textures or smells that you find particularly aversive in foods?(क्या कुछ विशेष बनावटें या गंध हैं जो आप खाद्य पदार्थों में विशेषता से असहिष्ट करते हैं?)

4. Have your aversions developed as a result of past negative experiences with certain foods?(क्या आपकी नापसंदियां किसी विशेष खाद्य पदार्थ के साथ गुजरे प्रशिक्षणों के परिणामस्वरूप बनी हैं?)

5. Have you noticed any recent changes in your aversions or dislikes?(क्या आपने हाल ही में अपनी नापसंदियों या नापसंदियों में कोई परिवर्तन देखा है?)

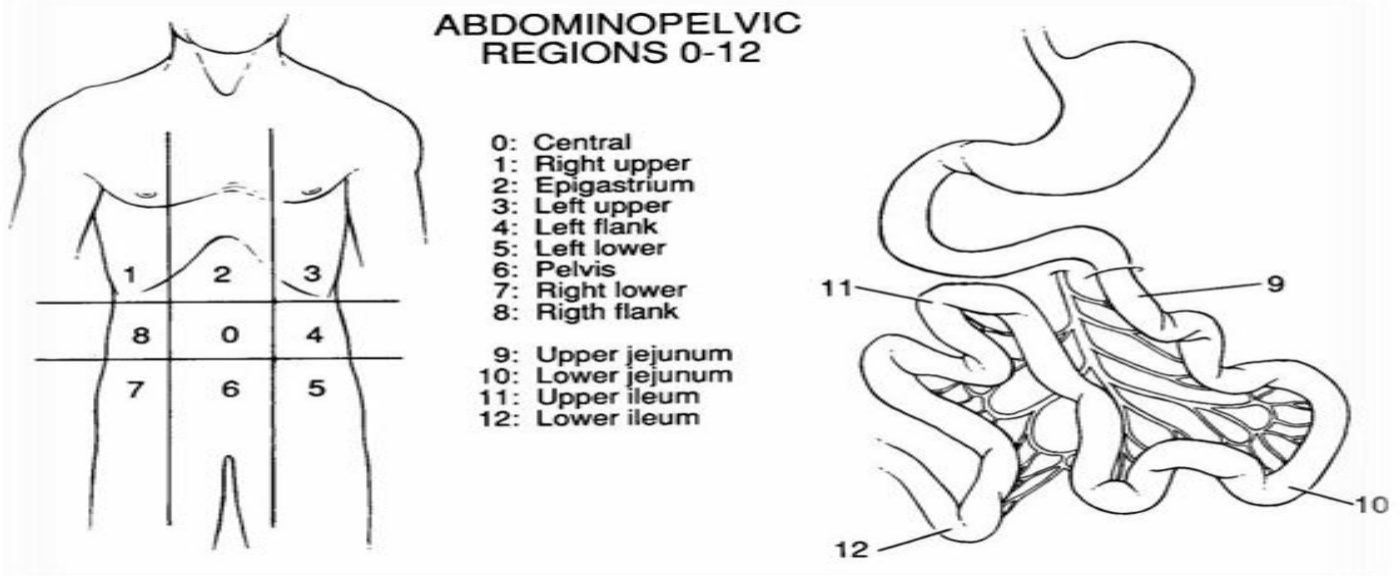
6. Are there foods you avoid due to dietary restrictions, allergies, or ethical reasons?(क्या ऐसे खाद्य पदार्थ हैं जिन्हें आप आहारिक प्रतिबंधों, एलर्जीज़, या नैतिक कारणों से त्यागते हैं?)

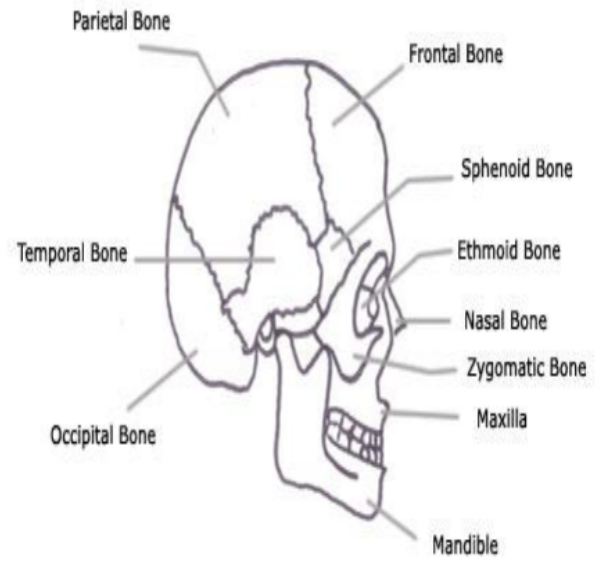
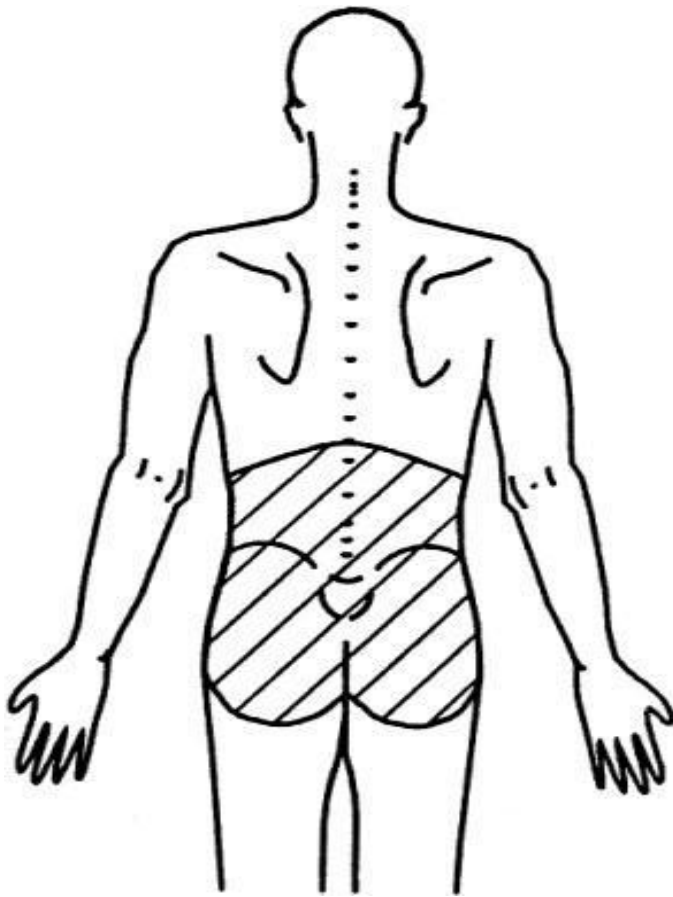
M. Thermal preference (तापमान पसंद):

1. Are you generally more sensitive to hot or cold temperatures?(क्या आप सामान्यतः गरम या ठंडे तापमानों के प्रति अधिक संवेदनशील हैं?)
2. Do you find comfort in warmth, or do you prefer cooler environments?(क्या आप गर्मी में सुख महसूस करते हैं, या क्या आप शीतकालीन वातावरण को अधिक पसंद करते हैं?)
3. How do you typically dress in different seasons? Are you more likely to wear layers or light clothing?(आप विभिन्न ऋतुओं में सामान्यतः कैसे पहनते हैं? क्या आप अधिकतर स्तर वाले या हल्के वस्त्र पहनने के पक्षपाती हैं?)
4. Do you often feel the need for additional heating or cooling in your living or working environment?(क्या आप अपने आवासीय या कार्यस्थल में अतिरिक्त गर्मी या ठंडक की आवश्यकता महसूस करते हैं?)
5. How does your body react to sudden changes in weather or temperature?(मौसम या तापमान के अचानक परिवर्तनों पर आपका शरीर कैसे प्रतिक्रिया करता है?)
6. Do you prefer hot or cold beverages? How do your body and mood respond to them?(क्या आप गर्म या ठंडे पेय पसंद करते हैं? आपका शरीर और मूड इन पर कैसे प्रतिक्रिया करते हैं?)

7. Do you experience discomfort or symptoms (like headaches or fatigue) in extreme temperatures?(क्या आप अत्यधिक तापमानों में या ठंडे तापमानों में असुविधा या लक्षण (जैसे कि सिरदर्द या थकान) महसूस करते हैं?)
8. How do you prefer the room temperature when you sleep? Warmer or cooler?(आप जब सोते हैं, तो कमरे का तापमान आपको कौनसा पसंद है? गरम या ठंडा?)
9. How does your body respond to exposure to sunlight or direct sunlight?(आपका शरीर सूर्य किरणों या सीधी धूप के प्रति कैसे प्रतिक्रिया करता है?)

Mark the part of body where you have issue (शरीर के उस हिस्से को चिह्नित करें जहां आपको समस्या है)





SKULL DIAGRAM WITH LABELS

