

भारतीय विज्ञान शिक्षा एवं अनुसंधान संस्थान बरहमपुर
Indian Institute of Science Education and Research Berhampur
Established by the Ministry of HRD, Govt. of India
Mentored by IISER Bhopal

Counselor's Section

हमारे संग्रह के लिए, नीचे पूछी गयी जानकारियाँ प्रदान करें. आपके द्वारा दी गयी जानकारी को गुप्त रखा जायेगा.

Please provide the following information for our records. Information you provide here will remain confidential.

नाम:/Name _____

माता-पिता/अभिभावक का नाम:/Name of parent/guardian _____

जन्म तिथि/Birth Date: ____ / ____ / ____ आयु/Age: _____ लिंग/Gender: पुरुष/ Male
महिला/Female

वैवाहिक स्थिति/ Marital Status:

अविवाहित/Never married जीवन-साथी (पार्टनर)/partnered विवाहित/Married
अलग/Separated विवाह-विच्छेदित/तलाक़शुदा/Divorced विधुर/विधवा Widowed

स्थानीय पता/Local Address:

दूरभाष/Telephone

घर/Home Phone: () _____

मोबाईल/अन्य/Cell/Other Phone: () _____

ई-मेल/E-mail: _____

क्या आप अभी कहीं और मनोरोग संबंधी सेवायें, मनोवैज्ञानिकसे सलाह या मनो-चिकित्सकीय उपचार ले रहे हैं?

Are you currently receiving psychiatric services, professional counselling or psychotherapy elsewhere?

हाँ/Yes नहीं/No

क्या आपका पहले मनो-चिकित्सकीय उपचार हो चुका है?

Have you had previous psychotherapy?

हाँ/Yes नहीं/No, यदि हाँ तो पूर्व मनो-चिकित्सक का नाम/at previous therapist's name

क्या आप वर्तमान में निर्धारित मनो-चिकित्सकीय दवाइयाँ ले रहे हैं (जैसे कि अवसादरोधी (एंटी-डिप्रेसेंट) या अन्य)?

Are you currently taking prescribed psychiatric medication (antidepressants or others)?

हाँ/Yes नहीं/No यदि हाँ तो कृपया उन दवाइयों के नाम लिखिए/If Yes, please list:

यदि नहीं तो क्या पूर्व में आपके लिए कभी मनो-चिकित्सकीय दवाइयाँ निर्धारित की गई थीं?

If no, have you been previously prescribed psychiatric medication?

हाँ/Yes नहीं/No यदि हाँ तो कृपया उन दवाइयों के नाम लिखिए/If Yes, please list:

स्वास्थ्य और सामाजिक जानकारियाँ

HEALTH AND SOCIAL INFORMATION

1. आपका वर्तमान शारीरिक स्वास्थ्य कैसा है? (कृपया सही विकल्प पर गोला बनाएं)

1. How is your physical health at present? (Please circle)

खराब / असंतोषजनक / संतोषजनक /अच्छा/ बहुत अच्छा

Poor/ Unsatisfactory/Satisfactory /Good/ Very good

2. कृपया किसी भी, निरंतर होने वाले शारीरिक लक्षण या स्वास्थ्य संबंधी चिंता की जानकारी दें. (जैसे कि चिरकालिक पीड़ा, सिरदर्द, उच्च रक्तचाप, तनाव, मधुमेह इत्यादि)

2. Please list any persistent physical symptoms or health concerns (e.g. chronic pain, Headaches, hypertension, diabetes, etc.)

3. क्या आपको नींद से संबंधित कोई परेशानी आ रही है? नहीं हाँ

3. Are you having any problems with your sleep habits? No Yes

यदि हाँ, तो निम्न में से सही दशा चुनें.

बहुत कम नींद बहुत ज्यादा नींद खराब नींद बुरे सपने अन्य _____

If yes, check where applicable:

Sleeping too little Sleeping too much Poor quality sleep Disturbing dreams

Other _____

4. एक सप्ताह में आप कितने दिन व्यायाम करते हैं? _____

4. How many times per week do you exercise? _____

प्रत्येक बार आप कितने समय के लिए व्यायाम करते हैं? _____

Approximately how long each time? _____

5. क्या आपको भूख या खान-पान के तरीके में कोई परेशानी आ रही है? नहीं हाँ

यदि हाँ, तो निम्न में से सही दशा चुनें: कम खाना ज्यादा खाना बहुत ज्यादा खाना स्वयं को खाने से रोकना

5. Are you having any difficulty with appetite or eating habits? No Yes

If yes, check where applicable: Eating less Eating more Binging Restricting

6. क्या आपको पिछले दो महीनों में अपने वजन में कुछ ज्यादा कमी का अनुभव हुआ है? नहीं हाँ

6. Have you experienced significant weight change in the last 2 months? No Yes

7. क्या आप मदिरा-पान करते/शराब पीते हैं? नहीं हाँ

7. Do you use alcohol? No Yes

8. क्या हाल ही में आपको कभी आत्महत्या करने का विचार आया है?

बारबार/लगातार कभी-कभी ना के बराबर कभी नहीं

8. Have you had suicidal thoughts recently?

Frequently Sometimes Rarely Never

9. क्या पहले कभी आपको आत्महत्या करने का विचार आया है?

बारबार/लगातार कभी-कभी ना के बराबर कभी नहीं

9. Have you had them in the past?

Frequently Sometimes Rarely Never

10. क्या आप इस समय किसी रिश्ते में हैं? नहीं हाँ

यदि हाँ तो आप इस रिश्ते में कितने दिन से बने हुए हैं? _____

10. Are you currently in a relationship? No Yes

If yes, how long have you been in this relationship? _____

11. पिछले एक साल में, क्या आपने किसी तनाव या अपनी जीवन शैली में किसी महत्वपूर्ण परिवर्तन का अनुभव किया है?

11. In the last year, have you experienced any significant life changes or stress or:

या आपने कभी अनुभव किया?/Have you ever experienced?

अत्यधिक तनावग्रस्त स्वभाव/Extreme depressed mood: नहीं/No हाँ/Yes

स्वभाव में अनियंत्रित बदलाव/Wild Mood Swings: नहीं/No हाँ/Yes

तीव्र गति से बोलना/Rapid Speech: नहीं/No हाँ/Yes

अत्यधिक चिंता/Extreme Anxiety: नहीं/No हाँ/Yes

घबराहट का दौरा पड़ना/Panic Attacks: नहीं/No हाँ/Yes

भय/डर/Phobias: नहीं/No हाँ/Yes

नींद में बाधा/Sleep Disturbances: नहीं/No हाँ/Yes

मतिभ्रम/Hallucinations: नहीं/No हाँ/Yes

अविवेचित समय का नुकसान/Unexplained losses of time: नहीं/No हाँ/Yes

अविवेचित स्मृति में हनन/Unexplained memory lapses: नहीं/No हाँ/Yes

मदिरा/मादक द्रव्यों का सेवन/Alcohol/Substance Abuse: नहीं/No हाँ/Yes

बारंबार शारीरिक कष्ट/Frequent Body Complaints: नहीं/No हाँ/Yes

भोजन संबंधित विकार/Eating Disorder: नहीं/No हाँ/Yes

व्यक्तित्व संबंधी विकार/Body Image Problems: नहीं/No हाँ/Yes

विचारों का दोहराव (जैसे कि सनक सवार होना)/Repetitive Thoughts (e.g., Obsessions): नहीं/No हाँ/Yes

आचरण में दोहराव (जैसे कि बार बार किसी चीज को देखना , हाथ धोना)/Repetitive Behaviours (e.g., Frequent Checking, Hand-Washing): नहीं/No हाँ/Yes

हिंसक विचार/Homicidal Thoughts: नहीं/No हाँ/Yes

आत्महत्या का प्रयास/Suicide Attempt: नहीं/No हाँ/Yes

धार्मिक/आध्यात्मिक जानकारीयाँ/ RELIGIOUS/SPIRITUAL INFORMATION:

क्या आप अपने आपको धार्मिक मानते हैं?/Do you consider yourself to be religious? नहीं/No हाँ/Yes

यदि हाँ, तो आपकी श्रद्धा किस धर्म में है?/If yes, what is your faith? _____

यदि नहीं, क्या आप अपने आपको आध्यात्मिक मानते हैं?/If no, do you consider yourself to be spiritual?

नहीं/No हाँ/Yes

परिवार के मानसिक स्वास्थ्य का इतिहास/ FAMILY MENTAL HEALTH HISTORY:

क्या आपके परिवार (घर के सदस्य या संबंधी) के किसी व्यक्ति को निम्नलिखित में से किसी भी परेशानी का अनुभव करना पड़ा है? (सही विकल्प को चुनें और परिवार के सदस्य जैसे कि भाई, बहन, माता-पिता, चाचा या चाची इत्यादि का उल्लेख करें)

Has anyone in your family (either immediate family members or relatives) experienced difficulties with the following? (Circle any that apply and list family member, e.g. Sibling, parent, uncle, etc.)

परेशानीपरिवार का सदस्य/ Difficulty Family Member

तनाव/दबाव/Depression: नहीं/No हाँ/Yes _____

बाईपोलर विकार (डिसऑर्डर)/Bipolar Disorder: नहीं/No हाँ/Yes _____

चिंता-जनित विकार/Anxiety Disorders:नहीं/No हाँ/Yes _____

घबराहट का दौरा पड़ना/Panic Attacks: नहीं/No हाँ/Yes _____

खंडित मनस्कता (स्किज़ोफ्रेनिया)/Schizophrenia: नहीं/No हाँ/Yes _____

मदिरा/मादक द्रव्यों का सेवन/Alcohol/Substance Abuse: नहीं/No हाँ/Yes _____

भोजन संबंधित विकार/Eating Disorders: नहीं/No हाँ/Yes _____

अधिगम अशक्तता /विकलांगता/Learning Disabilities: नहीं/No हाँ/Yes _____

अभिघात (ट्रॉमा) का इतिहास /Trauma History: नहीं/No हाँ/Yes _____

आत्महत्या का प्रयास/Suicide Attempts: नहीं/No हाँ/Yes _____

अन्य जानकारियाँ/OTHER INFORMATION:

आपके अनुसार आपकी(strength) शक्तियाँ/ताकत क्या हैं/What do you consider to be your strengths?

आप अपने बारे में सबसे ज्यादा क्या पसंद करते हैं? /What do you like most about yourself?

परिस्थितियों का सामना करने के किन प्रभावी तरीकों को आपने सीखा है?/What are effective coping strategies that you've learned? _____

धन्यवाद

Thank you