

फारम नं. १

विद्यालय भर्ना हुने बालबालिकाको स्वास्थ्य परीक्षण फारम

नं. _____

※मोटो रेखाभित्रको भाग भरेर स्वास्थ्य जाँचको दिन साथमा ल्याउनुहोस्।

					स्वास्थ्य जाँच गरेको मिति		साल महिना गते	
विद्यार्थी	उच्चारण (फुरिगाना)		लिंग	पुरुष	※ अभिभावक	नाम		
	नाम			महिला		हालको ठेगाना		
	जन्म मिति	साल महिना गतेमा जन्मेको	उमेर	वर्ष		फोन नम्बर		
	हालको ठेगाना	कावागुचि सहर,				भर्ना हुने विद्यार्थीसँगको नाता		
※मुख्य विगतका रोगहरू (मेडिकल इतिहास)								
※ खोपको विवरण (लगाइसकेका खोपहरू सबैमा ○ चिन्ह लगाउनुहोस्)		① चार-मिश्रित खोप (पाँच-मिश्रित) 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 पोलियो 【 लगाइएको 】 तीन-मिश्रित 【 लगाइएको 】 ※चार-मिश्रित (पाँच-मिश्रित) को सट्टा पोलियो वा तीन-मिश्रित खोप लगाएको भए, यहाँ ○ लगाउनुहोस् ② MR (दादुरा-रुबेला मिश्रित खोप) 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 ③ जापानी इन्सेफलाइटिस 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • थप】 ④ BCG 【 १ पटक】 ⑤ Hib 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • ३औँ पटक • थप】 ⑥ निमोनिया ब्याक्टेरिया (न्युमोकोकल) 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 ⑦ चिकनपक्स 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 ⑧ हेपाटाइटिस B 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 ⑨ कन्ठमाला (mumps) (स्वैच्छिक) 【 पहिलो पटक • दोस्रो पटक • तेस्रो पटक • थप】 ※ भर्दा आमा-बच्चा स्वास्थ्य पुस्तिका (मातृ तथा बाल स्वास्थ्य अभिलेख पुस्तिका) हेर्नुहोस्।						

I औषधि	पोषण अवस्था	कुपोषण		III नाककान	नाक कानघाँटी सम्बन्धी रोग		
	मेरुदण्ड	मोटोपनाको प्रवृत्ति			सुनाइ जाँच	दायाँ बायाँ	
	वक्षपिंजर			IV दाँत	दाँत कुहिने रोग	उपचार नभएको	छ छैन
	छालाको रोग				उपचार	छ छैन	
II आँखा	आँखाको रोग तथा असामान्यता				अन्य दाँत सम्बन्धी रोग तथा असामान्यता		
	दृष्टि जाँच	दायाँ बायाँ	() ()		मुखभित्रको भागको रोग तथा असामान्यता		
V अन्य	जाँच		□ सम्पन्न भयो				
	अन्य रोग तथा असामान्यता						
जिम्मेवार डाक्टरको राय							
जिम्मेवार दन्त चिकित्सकको राय							
पछिको उपचार व्यवस्था	उपचारको सिफारिस						
	भर्नासँग सम्बन्धित स्वास्थ्यका दृष्टिले आवश्यक सल्लाह						
	अन्य						
टिप्पणी							