

## चिकित्सा रिपोर्ट/ MEDICAL REPORT

अ. (परीक्षार्थी द्वारा स्वयं भरा जाए To be filled in by the Examinee himself)

नाम NAME : \_\_\_\_\_

(बड़े अक्षरों में पूरा नाम FULL NAME IN BLOCK LETTERS)

पता ADDRESS : \_\_\_\_\_

1. क्या आपको कभी किसी गम्भीर बीमारी या शल्य ऑपरेशन से गुजरना पड़ा है?

Have you ever had any serious illness or Surgical operations? \_\_\_\_\_

2. क्या आपको या आपके परिवार में किसी सदस्य को कभी टी.बी. की बीमारी का ईलाज करवाना पड़ा है?

Have you or has any member of your family ever been under treatment for tuberculosis? \_\_\_\_\_

3. क्या आपको या आपके परिवार में किसी सदस्य को मिरगी या दौरे या इससे संबंधित किसी बीमारी के संबंध में किसी संस्था से ईलाज करवाना पड़ा है?

Have you or has any member of your family ever suffered from medical disease, fits or epilepsy or been treated in an institution for any kind of these diseases? \_\_\_\_\_

4. क्या आपको अथवा आपके परिवार के किसी सदस्य को "ट्रेकोमा" के लिए ईलाज करवान पड़ा है?

Have you or has any member of your family ever been under treatment for trachoma? \_\_\_\_\_

क्या आप "सामान्य" हैं - यदि नहीं तो सामान्य न होने के संबंध में ब्यौरा दें -

State if ~~X~~Normal~~X~~ or if not give particulars of any departure from Normal :

पति अथवा अकेले व्यक्ति हैं

Husband or single man

जन्म की तारीख : Date of Birth :

पत्नी अथवा अकेली महिला हैं

Wife or single woman

जन्म की तारीख : Date of Birth :

\_\_\_\_\_  
(परीक्षार्थी के हस्ताक्षर/Signature of the Examinee)

ब. (जांच करने वाले डॉक्टर द्वारा भरा जाए)  
B. (To be filled in by the Examining Doctor)

	अधिकतम Max.	न्यूनतम Min.	अधिकतम Max.	न्यूनतम Min.
a) दिल Heart				
b) ब्लड प्रेशर Blood Pressure				
c) फेफड़े Lungs				
d) नाड़ी प्रणाली Nervous System				
e) मानसिक दशा तथा बुद्धि Mental condition & Intelligence				
f) पाचक अंग Digestive Organs				
g) खोपड़ी तथा ज्वायंट अस्थि-पंजर - हड्डियां और जोड़ Skelton Bones & Joints				
h) चमड़ी Skin				
i) श्रवण शक्ति Hearing				
j) दृष्टि Sight	(i) बिना चश्मे के Without Glass		दाR	बाL
	(ii) चश्मे सहित (यदि पहने हो) With Glass (if worn)		दाR	बाL
	दृष्टि में दोष के कारण Cause of defect of sight			
k) प्रजनन अंग Genito Urinary Organ				
l) पेशाब - श्वेत या शक्कर सहित Urine Albumen or Sugar Present				
m) दांत Teeth				
n) विकलांगताएं Deformities				

WEIGHT ऊँचाई HEIGHT वजन

टिप्पणी : यदि जांच करने वाला चिकित्सक परीक्षार्थी को पूर्णतया स्वस्थ तथा विकसित नहीं पाते तो उन्हें पाए गए दोष के संबंध में ब्यौरा देना चाहिए और साथ में यह भी बताना चाहिए कि यह दोष स्थायी है अथवा अस्थायी।  
REMARKS : In case where the Medical Examiner is unable to describe the examinee as being in perfect health and development, he should state the exact nature of the defect which he finds and whether it is of a permanent nature or temporary nature.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि आज मैंने ऊपर बताए गए परीक्षार्थी की जांच की है और उक्त परिणाम बताए हैं तथा मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी राय में "टिप्पणी" के अंतर्गत बताई गई विशेष राय के अलावा ऊपर बताया गया परीक्षार्थी अच्छे स्वास्थ्य और ठीक मानसिक हालत में हैं और किसी प्रकार के मानसिक अथवा शारीरिक दोष से पीड़ित नहीं है।

Certify that I have this day examined the above named and that the results are as set forth and I certify that in my opinion, subject to any special observations under ~~Remarks~~ the above named is in good health and of sound constitution and not suffering from any mental or bodily defect.

\_\_\_\_\_  
(हस्ताक्षर तथा योग्यताएं)  
(Signature & Qualifications)  
पता Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

दिनांक DATE :