अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण फारम Preliminary Health Assessment Form of Persons with Disabilities

	मिति
नाम:	लिङ्गः महिला / पुरुष / अन्य
जन्म मिति: उमेर	: अभिभावकको नाम:
ठेगानाः जिल्लाः पारि	तका :वडा नं∴
टोलःसम्पर	र्क नं.:
सामान्य स्वास्थ्य परीक्षण (General Assess	ment by General Physician/Medical Officer)
१. मुख्य समस्या (Chief Complain):	
२. समस्याको इतिहास (History of Illness):
बिगत (Past)	
वर्तमान (Present)	
३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Obser	viction).
२. विस्तिविक्स जवसाक्य (Chinical Obser	vation):
४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosi	s):
५. सिफारिस (Recommended Intervention	n):
परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assesse	ed by):
हस्ताक्षर (Signature):	

आँखा परीक्षण (Eye Assessment by Ophthalmologist/Optometrist)	
१.मुख्य समस्या (Chief Complain):	
२. समस्याको इतिहास (History of Illness):	
बिगत (Past)	
वर्तमान (Present)	
३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Observation):	
४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosis):	
५. सिफारिस (Recommended Intervention):	
परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assessed by):	
हस्ताक्षर (Signature):	

नाक, कान र घाँटी परीक्षण (Ear, Nose & Throat Assessment by ENT Specialist/Audio and Speech Therapist/Technician)
१.मुख्य समस्या (Chief Complain):
२. समस्याको इतिहास (History of Illness):
बिगत (Past)
वर्तमान (Present)
ACTOR (Freschi)
३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Observation):
४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosis):
५. सिफारिस (Recommended Intervention):
w. 14 mart (Recommended Intervention).
परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assessed by):
हस्ताक्षर (Signature):
e viii ii v (Dignaturo).

फिजियोथेरापी सँग सम्वन्धित परीक्षण (Physiotherapy Assessment by Physiotherapist)
१.मुख्य समस्या (Chief Complain):
२. समस्याको इतिहास (History of Illness):
बिगत (Past)
वर्तमान (Present)
३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Observation):
2. 14 chi 142 chi 142 chi 16 c
४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosis):
8. 91/9191 1/141/1 (FTOVISIONAL DIAGNOSIS).
५. सिफारिस (Recommended Intervention):
परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assessed by):
हस्ताक्षर (Signature):

मनोचिकित्सक/मनोबिद् (Psychiatrist/Psychologist)	
१.मुख्य समस्या (Chief Complain):	
२. समस्याको इतिहास (History of Illness):	
बिगत (Past)	
वर्तमान (Present)	
4(m) (riesell)	
३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Observation):	
४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosis):	
५. सिफारिस (Recommended Intervention):	
परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assessed by):	
हस्ताक्षर (Signature):	