

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

मिति.....

नाम: लिंग: महिला / पुरुष / अन्य

जन्म मिति:..... उमेर:..... अभिभावकको नाम:.....

ठेगाना: जिल्ला: पालिका : वडा नं.:.....

टोल:..... सम्पर्क नं.:

सामान्य स्वास्थ्य परीक्षण (General Assessment by General Physician/Medical Officer)

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):

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)

३. क्लिनिकल अवलोकन (Clinical Observation):

४. अस्थायी निदान (Provisional Diagnosis):

५. सिफारिस (Recommended Intervention):

परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद (Assessed by):

हस्ताक्षर (Signature):



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):

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):