

MEDICAL REPORT / चिकित्सा रिपोर्ट

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

Name (नाम): _____

(In Block letters/ बड़े अक्षरों में)

Date of Birth (जन्म की तारीख): _____

Address (पता): _____

Marital Status (वैवाहिक स्थिति): _____

Passport size
photograph of the
examinee to be
attested by CMO/
Civil Surgeon of
Govt. Distt.
Hospital

1. Have you ever had any Serious Illness or surgical operations?

क्या आपको कभी किसी गंभीर बीमारी या शल्य ऑपरेशन से गुज़ारना पड़ा है ?

2. Have you or any of your family member ever been under treatment of tuberculosis? क्या आपको या आपके परिवार के किसी सदस्य को कभी टी.बी. रोग का इलाज करवाना पड़ा है? _____

3. Have you or any of your family member ever been suffered of epilepsy or fits or any medical disease of such kind and has been under treatment of this? क्या आपको या आपके परिवार के किसी सदस्य को कभी मिर्गी या दौरा या इससे सम्बंधित किसी रोग का इलाज करवाना पड़ा है? _____

4. Have you or any of your family member ever been under treatment of trachoma? क्या आपको या आपके परिवार के किसी सदस्य को कभी ट्रेकोमा रोग का इलाज करवाना पड़ा है? _____

5. State "if Normal", if not, give particulars (क्या आप सामान्य हैं, यदि नहीं तो सामान्य न होने का ब्यौरा दें): _____

(Signature of Examinee)

To be Filled in by Examining Doctor

(जांच करने वाले डॉक्टर द्वारा भरा जाए)

MAX

MIN

- a) Heart (दिल): _____
b) Blood Pressure (रक्त चाप): _____
c) Lungs (फेफड़ों): _____

d) Nervous System (नाड़ी प्रणाली): _____

e) Mental Condition and Intelligence: _____
(मानसिक दशा और बुद्धि)

f) Digestive Organs (पाचन अंग): _____

g) Skeleton Bones and Joints: _____
(खोपड़ी तथा जॉइंट अस्थि -पंजर)

h) Skin (चमड़ी): _____

i) Hearing (श्रवण शक्ति): _____

j) Sight (दृष्टि):

(i) Without glass (बिना चश्मे के): L _____ R _____

(ii) With glasses (if worn) चश्मे सहित: L _____ R _____

Cause of Defect (दृष्टि दोष के कारण): _____

k) Genito Urinary Organ (प्रजनन अंग): _____

l) Urine Albumen or Sugar Present: _____
(पेशाब - श्वेत या शक्कर सहित)

m) Teeth (दाँत): _____

n) Deformities (विकलांगताएँ): _____

Height (कद): _____

Weight (वज़न): _____

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 permanent or temporary in nature.

_____.

It is to certify that I have examined the above named and results are set forth and in my opinion the above named is in good health and of sound constitution and not suffering from any mental or bodily defect.

Date: _____

(Signature of Examiner with seal)

Name of Examiner: _____

Designation: _____