

चिकित्सया 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 गंभीर बीमारी या शल्य
ऑपरेशन से गुजरना पड़ा है?

Have you 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 दौरा या इससे सम्बंधित 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
“ट्रैकोमा” के लिए ईलाज करवाना पड़ा है?

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

क्या आप “सामान्य” हैं – यदीय नहीं तो सामान्य न होने के संबंध में ब्यौरा दें –

State if XNormalX, 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)

PUNJAB & SIND BANK
(A Govt. of India Undertaking)



- ब. (जाँच करने वाले डॉक्टर द्वारा भरा जाए)
B. (to be filled in by the examining doctor)

	अधिकतम <u>Max.</u>	न्युनतम <u>Min.</u>	अधिकतम <u>Max.</u>	न्युनतम <u>Min.</u>
a) दिल Heart				
b) ब्लड प्रेशर Blood Pressure				
c) फेफड़े Lungs				
d) नाडी प्रणाली Nervous System				
e) मानसिक दशा तथा बुद्धि Mental Condition & Intelligence				
f) पाचक अंग Digestive Organs				
g) खोपड़ी तथा अन्य जॉइंट अस्थि-पंजर हड्डियाँ और जोड़ Skeleton Bones & Joints				
h) चमड़ी Skin				
i) श्रवण शक्ति Hearing				
j) दृष्टि Sight	(i) बिना चश्मे के Without Glass		दार	बाल
	(ii) चश्मे सहित (यदि पहने हो) With Glass (if worn)		दार	बाल
	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) विकलान्गताएं Deformities				

ऊँचाई Height वजन Weight

टिप्पणी: यदि जाँच 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 ये भी बताना चाहिए की ये दोष स्थायी है या 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 बताये गए परीक्षार्थी की जाँच की है और उक्त परिणाम बताये हैं तथा मैं प्रमादित करता हूँ की मेरी टिप्पड़ी के अंतर्गत बताई गयी विशेष राय के अलावा ऊपर बताया गया परीक्षार्थी आचे स्वास्थ्य और ठीक मासिक हालत में है और किसी प्रकार के मानसिक अथवा शारीरिक दोष से पीड़ित नहीं है

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

(हस्ताक्षर तथा य्पोग्यताएं)
(Signature & Qualifications)

पता Address: _____

दिनांक DATE: _____