



ओ३म्

फार्म संख्या :
पंजीकरण संख्या : 357

कन्या गुरुकुल महाविद्यालय (विद्यालय-विभाग), देहरादून

शारीरिक जाँच-पत्र

1. बालिका का नाम (Student's Name).....
2. पिता का नाम श्री (Father's Name).....
3. माता का नाम श्रीमती (Mother's Name).....
4. संरक्षक का नाम (Guardian's Name).....
5. पूरा पता (Address).....
..... दूरभाष संख्या
6. बालिका की जन्म तिथि (Student's Date of Birth).....
प्रवेश के समय आयु (Age) वर्षों में.....
7. निरीक्षण तिथि (Check up Date)..... आयु पर चिकित्सक की सम्मति

विद्यालय की छोटी
Latest Photo
of
student

(क) शारीरिक इतिवृत्ति (Privious History) प्रवेश से पूर्व क्या रोग हुआ जैसे-

खसरा (Measles)

चेचक (Small Pox)

काली खांसी (Whooping cough)

टाईफाइड (Malaria fever)

कोई चिरस्थाई (Any other disease)

टीका (Vaccination)

(ख) पैतृक इतिवृत्ति (FAMILY HISTORY)

गठिया (Goout)

आमबा (Rheumatism)

क्षय रोग (Tuberculosis)

गुप्त (Venereal disease)

मानसिक रोग (Mental disease)

अन्य (Any other ailment)

(ग) साधारण निरीक्षण (GENERAL EXAMINATION)

ऊँचाई (Height)

भार (Weight)

छाती का मांस उछवास (Inspiration)

निःश्वास अवस्था में (Expiration)

नाभी पर कोष्ठ का माप (Measurment)

अस्थियाँ (Bones)

(घ) विशेष निरीक्षण (Special particular Examination)

1. त्वचा (Skin)

(क) दाँत (Teeth)

2. सिर (Head)

(ग) टॉसिल (Tonsils)

3. मुख (Mouth)

(ङ) एडीनाइड्स (Adenoids)

(ख) स्वच्छता (Cleanliness)

(छ) वाणी (Speech)

(घ) गला (Throat)

(च) जिह्वा (Tongue)

4. नासिका (Nose)

5. कान (Ear)	
6. नेत्र दृष्टि-परीक्षा (Vision)	
दायां (Right)	बायां (Left)
नेत्र रोग (Eye diseases)	
7. ग्रीवा (Neck) -	ग्रन्थियां (Cervical glands)
गिल्लड़ (Goitre)	
8. वक्षस (Csept) -	हृदय (Heart)
फुफ्फस (Lunge)	नाड़ी (Pulse)

(ड) वात संस्थान (NERVOUS SYSTEM)

मानसिक अवस्था (Mental Condition)

(च) अन्य रोग (OTHER Diseases)

रिकेट (Rickets) अंग वैष्ठत्य (Deformities)

कोई संक्रामक रोग या छूत रोग (Infectoin Disease)

अन्य रोग या शारीरिक न्यूनता (Other disease physical deficiencies)

चिकित्सक की सम्मति

1. साधारण शारीरिक अवस्था पर सम्मति (Remark of general health)

.....

.....

2. विद्यार्थी को प्रविष्ट करने के विषय में सम्मति (Opinion about admission)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....