

શાળા આરોગ્ય કાર્યક્રમ સંદર્ભ કાર્ડ

બાળકનું પુરૂ નામ : _____ સ્ત્રી / પુરૂષ : _____ ધર્મ : _____
બાળકની જન્મ તારીખ : _____ જાતિ : સામાન્ય SC ST OBC
બાળકના પિતાનું પુરૂ નામ : _____ માતાનું નામ : _____
રહેઠાણનું પુરૂ સરનામું : _____

ગામ : _____ તાલુકો : _____ જિલ્લો : _____
શાળાએ જતું : શાળાએ ન જતું : આંગણવાડી :
ધોરણ : _____ વર્ગ : _____ શાળાનું નામ : _____
શાળાનું પુરૂ સરનામું : _____

બાળકને શારીરિક ખોડખાંપણ છે ? જો હા તો તેની વિગત : _____

પ્રાથમિક તપાસણીની વિગત (તબીબી અધિકારીએ ભરવું)

પ્રાથમિક તપાસણી કર્યા તારીખ : _____
બાળકને પ્રાથમિક તપાસણીમાં જોવા મળેલ રોગ : _____
પ્રાથમિક તપાસમાં આપેલ સારવાર : _____
સંદર્ભસેવા માટે કઈ હોસ્પિટલમાં રીફર કર્યા : _____
પ્રાથમિક તપાસ કરનાર તબીબી અધિકારીની સહી : _____
હોદ્દો : _____
નામ : _____

પ્રા.આ.કે./અ.હે.સે./પી.પી.યુ. નો
સિક્કો :

સંદર્ભસેવાની વિગત (સંદર્ભસેવાના સ્થળે નિષ્ઠાંત તબીબી અધિકારીએ જ ભરવું)

સંદર્ભ સેવાનું સ્થળ : _____
તપાસ અને તારણ : _____
સારવાર : _____
ફોલોઅપ સર્વિસ : _____
સારવાર આપનાર નિષ્ઠાંત તબીબી અધિકારીની સહી _____
હોદ્દો : _____
નામ : _____

હોસ્પિટલનો
સિક્કો :

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર

સૂચના : વધુ લખાણની જરૂર પડે તો પાછળના પાને લખવું.