



मेडिकल बोर्ड रिपोर्ट
Medical Board Report

(क) आवेदक का वचन और घोषणापत्र

(A) Candidate's Statement and Declaration

1. नाम.....
Name.....
2. पिता का नाम.....
Father's Name.....
3. पदनाम.....
Designation
4. आयु एवं जन्मस्थान.....
Age and place of birth
5. लिंग.....
Sex
6. राष्ट्रियता.....
Nationality
7. विवाहित/अविवाहित/विधवा.....
Single/Married/Widow.....
8. धर्म.....
Religion
9. क्या आप अतीत में चेचक, हृदय रोग, टी.बी., अस्थमा, खून का थूकना, फेफड़ों की बीमारी, बेहोशी के दौरे, गठिया जैसी किसी जीर्ण बीमारी से पीड़ित हैं?
Have you suffered from any Chronic illness in the past like Small pox, Heart disease, TB, Asthma, Spitting of Blood, Lung disease, fainting attacks, Rheumatism?
या
or
कोई भी बीमारी या दुर्घटना जिसके लिए बिस्तर पर रहना या सर्जिकल या चिकित्सा उपचार की आवश्यकता होती है?
Any Disease or accident requiring confinement to bed or surgical or medical treatment.

यहां फोटो लगाएँ
Paste Photo
Here

10. क्या आप वर्तमान में किसी बीमारी का इलाज करवा रहे हैं?
Are you being treated for any disease at present?
11. क्या आपका कोई निकट संबंधी अत्यधिक रक्तस्राव/खून के थक्के/ टी.बी./पागलपन से पीड़ित है?
Is any of your close relatives suffered from excessive bleeding/blood clots/TB/Insanity?
12. क्या आपको किसी दवा/पदार्थ से एलर्जी है?
Are you allergic to any drug/substance?
13. क्या आप अधिक कार्य या किसी अन्य कारण से किसी प्रकार की घबराहट से पीड़ित हैं?
Have you suffered from any form of nervousness due to overwork or any other cause?
14. क्या आपको इसका टीका लगाया गया है-
Have you been vaccinated against-
- हेपेटाइटिस-बी
Hep B
 - कोविड-19 टीकाकरण पहली खुराक दूसरी खुराक
Covid-19 Vaccination - 1st Dose - 2nd Dose
(प्रमाण संलग्न करें)
(Attach proof)
15. क्या आपकी पहले चिकित्सा समिति द्वारा जांच की गयी है?
Have you been examined by Medical Board before?
16. यदि उपरोक्त का उत्तर हाँ है, तो कृपया बताएं कि किस सेवा के लिए आपकी जांच की गई?
If answer to the above is Yes, please state which service you were examined for?
17. परीक्षण प्राधिकारी कौन था?
Who was the examining authority?
18. चिकित्सा समिति की परीक्षा का परिणाम ?
Result of Medical Board's examination

मैं घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी उत्तर मेरे सर्वोत्तम विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं।
I declare that all the above answers are true & correct to the best of my belief.

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Candidate

बोर्ड के अध्यक्ष की उपस्थिति में हस्ताक्षर
Signed in presence of Chairman of Board

आवेदक उपरोक्त कथन की सटीकता के लिए जिम्मेदार होगा। कोई भी जानकारी गोपनीय रखने की स्थिति में आवेदक को नियुक्ति खोने का जोखिम उठाना पड़ेगा और यदि नियुक्त किया जाता है, तो सेवानिवृत्ति भत्ते या उपदान के सभी दावों को जब्त कर लिया जाएगा।

The Candidate will be held responsible for the accuracy of above statement. By wilfully suppressing an information he/she will incur the risk of losing the appointment and if appointed, forfeiting all claims of superannuation, allowance or gratuity.

(ख) चिकित्सा समिति- शारीरिक परीक्षण की रिपोर्ट

Report of Medical Board-Physical Examination

उम्मीदवार के बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

Left hand thumb impression of the candidate

- | | | | | |
|----|---|--|---------------|--|
| 1. | सामान्य विकास
Development | अच्छा/संतोषजनक/खराब
Good/Fair/Poor
लंबाई
Height
लसीका ग्रंथियां
Lymph Glands | वजन
Weight | तापमान
Temp
अवटुग्रंथि
(थाइराइड)
Thyroid |
| 2. | दांतों की स्थिति
Condition of Teeth | | | |
| 3. | त्वचा
Skin | कोई प्रत्यक्ष रोग
Any Obvious Disease | | |
| 4. | भ्रूण में
विपथन
CVS | आनुवांशिक
हृदय -कोई जैविक घाव?
Heart- Any organic
lesion? | | |
| 5. | श्वसन
Respiratory | नब्ज दर
PR
रक्तचाप
BP
क्या जांच से कोई
असामान्यता सामने आयी
है? यदि हां, तो पूर्णतः स्पष्ट
करें

Did examination reveal
any abnormality? If
yes, Explain Fully- | | |
| 6. | केन्द्रीय स्नायुतंत्र
Central
System | Nervous
मानसिक स्वास्थ्य- कोई
मानसिक विकलांगता?
कोई और?
Mental Health – any
mental disability? Any
other | | |

7.	लोकोमोटर सिस्टम Loco-motor system	कोई आसामन्यता? any abnormality?		
8.	पेट Abdomen	परिधि Girth	कोमलता Tenderness	हर्निया Hernia
	(क) स्पष्टगोचर (a) Palpable	यकृत(लीवर) Liver	प्लीहा Spleen	गुर्दे Kidneys
	(ख) बवासीर (b) Haemorrhoids			अर्बुद Tumour
9.	जेनिटो मूत्र प्रणाली Genito-Urinary System	हाइड्रोसील/वैरिकोसेले का कोई प्रमाण Any evidence of Hydrocele/Varicocele		
10.	स्त्री रोग परीक्षण Gynae Examination			
11.	आंख Eye	कोई बीमारी /Any disease रतौंधी /Night blindness दृष्टि क्षेत्र/ Field of vision फंडस परीक्षण /Fundus examination		
	दृश्य तीक्ष्णता Visual Acuity			
	दूर दृष्टि Distant Vision.	दाहिनी आंख Right Eye बाईं आंख Left Eye		
	निकट दृष्टि Near Vision	दाहिनी आंख Right Eye बाईं आंख Left Eye		
12.	कान Ears	निरीक्षण Inspection		
	सुनने की शक्ति Power of Hearing	बायां कान Right Ear दाहिना कान Left Ear		
13.	पूर्ण रक्त गणना की रिपोर्ट Report of Complete Blood Count			
14.	मूत्र रिपोर्ट सी/एफ Report of Urine C/F			
15.	एक्स-रे छाती की रिपोर्ट Report of X-Ray Chest			

16. इसीजी

ECCG

17. कोविड- 19 के लिए आरएटी परीक्षण की रिपोर्ट

Report of RAT test for Covid-19

18. क्या उम्मीदवार के स्वास्थ्य में कोई ऐसी बात है जो उसे उस सेवा में अपने कर्तव्यों के कुशल निर्वहन के लिए अयोग्य बना सकती है जिसके लिए वह उम्मीदवार है?

Is there anything in the health of candidate likely to render him/her unfit for the efficient discharge of his/her duties in the service for which he/she is a candidate?

बोर्ड का अंतिम मूल्यांकन

Final Assessment of Board

1. नियुक्ति के लिए उपयुक्त
Fit for Appointment
2. अयोग्य
Unfit
3. के कारण अस्थायी रूप से अयोग्य
Temporarily Unfit on account of

स्थान :-

Place

दिनांक :-

Date

अध्यक्ष

Chairman

सदस्य (चिकित्सक)

Member (Physician)

सदस्य (स्त्री रोग)

Member (Gynaecology)

सदस्य (ईटनटी)

Member (ENT)

सदस्य (नेत्र)

Member (Eye)

सदस्य (हड्डी रोग)

Member (Orthopaedics)

सदस्य (सर्जरी)

Member (Surgery)
