# कुष्ठरोग विरामी खोजपड्ताल विवरण

.....देखि..... सम्म

| जिल्ला : | गा.वि.स. | वडा नं. |
|---|---|---|
| प्रा.स्वा.के./स्वा.चौ./ को नामः | | |

| क.स. | १५ बर्ष मुनिका सम्पर्क गरेको संख्या | | १५ बर्ष माथिका सम्पर्क गरेको संख्या | | जम्मा संख्या | | शंकास्पद रिफर गरेको संख्या | | | | रिफर गरेको व्यक्तिको नाम/सम्पर्क नं. | प्रेषण गरेको शंकास्पद व्यक्ति स्वास्थ्य संस्थामा जंचाउन आएको संख्या *(रिपोर्टिंगको दिनमा हेर्ने)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | वच्चा | | वयस्क | | | |
| | म | पु | म | पु | म | पु | म | पु | म | पु | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| जम्मा | | | | | | | | | | | | |

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेवकको नामः

दस्तखतः मितिः पुनश्चयः यो फारम भर्दा ट्यालीप्रयोग गर्ने