

केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।

06 to 10 Years

TO BE FILLED BY MEDICAL OFFICER

Number of Checkup →	1	2	3	4
Date of Checkup →				
Current Problem				
Night Blindness				
Bitot's Spot				
Vision : < Right				
Left				
Ear Problem				
• Pain				
• Discharge				
Teeth/Oral Problem				
Mumps				
Respiratory Problem				
• Difficulty in Breathing				
Any Congenital Anomalies in				
• Face, Lip, Palate				
• Heart				
• Any other				
Disability related to				
• Eye, Ear & Speech				
• Limb				
• Any other				
Worm Infestation				
Investigations suggested				
Any Prescription given by team				
Referral to Higher Centre				
Name of Referred Centre				
Reason for Referral				
Details of Ailment				

उपरोक्त वार्षिक कॉलम में हों के लिए (✓) एवं नहीं के लिए (x) का प्रयोग करें तथा समस्या सबसे नीचे की लाईन में अंकित करें।

Signature of MO

Signature of MO

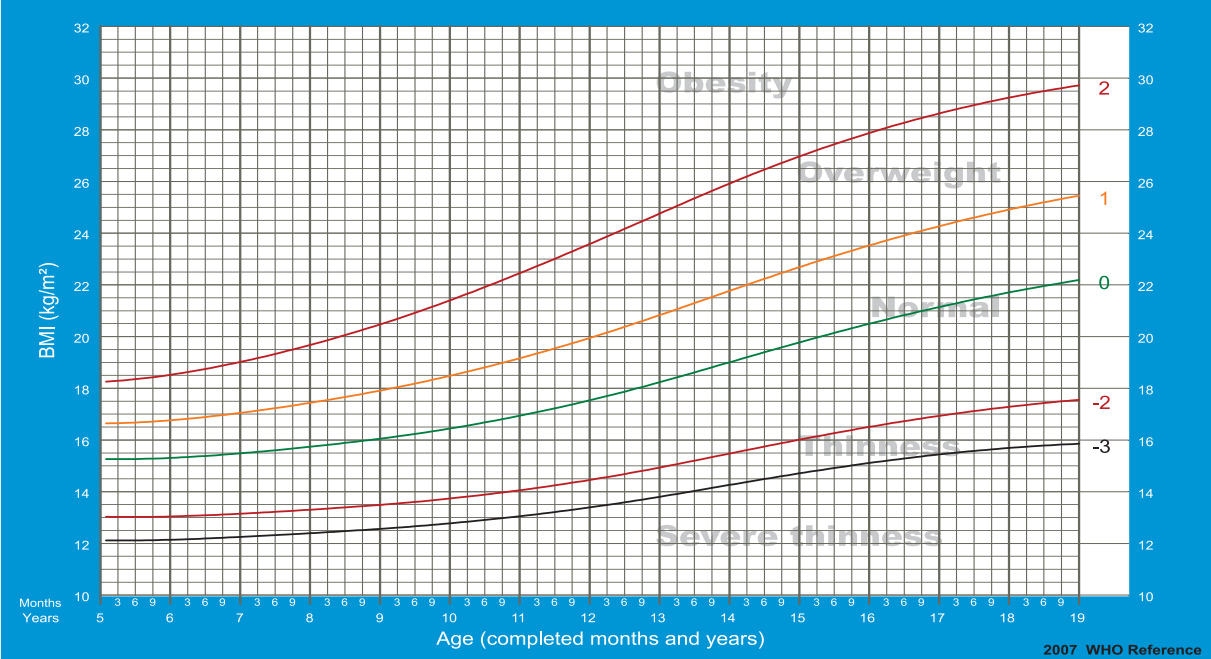
Signature of MO

Signature of MO

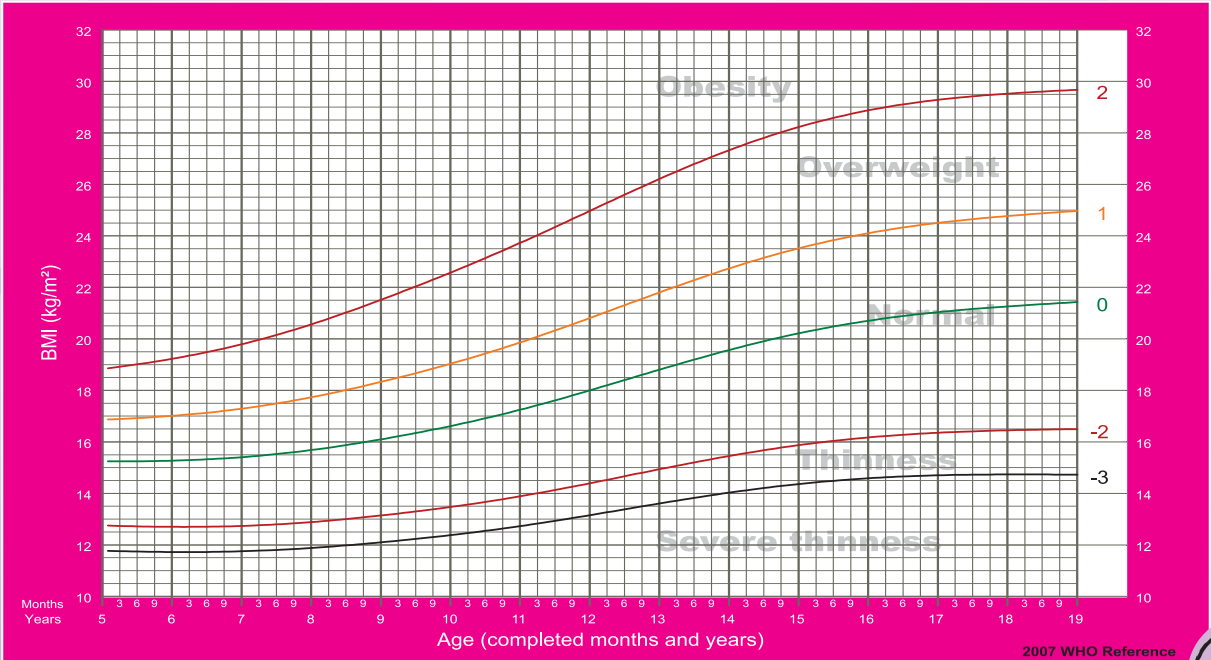
केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।

TO BE FILLED BY MEDICAL OFFICER

BMI-for-age BOYS



BMI-for-age GIRLS



केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।



राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार



0 से 10 वर्ष के बच्चों के लिये स्वास्थ्य कार्ड

निम्न तालिका केवल शिक्षिका/आंगनबाड़ी सेविका के द्वारा भरा जाना है।

बच्चे की पहचान संख्या (Child ID) S S D D B B H C

बच्चे एवं परिवार की विवरणी

इस फार्म में भरे जाने वाले तथ्य गोपनीय होंगे।

बच्चे का नाम

जन्म तिथि D D M M Y Y Y Y

लिंग : लड़का लड़की

पिता/अभिभावक का नाम :

माता का नाम :

(1) पता : गाँव :

पंचायत : प्रखंड :

जिला : मो०नं० :

(2) पता : गाँव :

पंचायत : प्रखंड :

जिला : मो०नं० :

कोटि: सामान्य पिछड़ी जाति अन्य पिछड़ी जाति अनु० जाति अनु०जनजाति

लाभार्थी का सक्षिप्त विवरण

जांच की संख्या	जांच की तारीख	विद्यालय/ आंगनबाड़ी का नाम	लाभार्थी की उम्र	कक्षा

प्रधानाध्यापक का हस्ताक्षर एवं मोहर

केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।

0 से 10 वर्ष के बच्चों के लिये

आंगनबाड़ी सेविका/ए.एन.एम./स्वास्थ्य कार्यकर्ता के द्वारा भरा जाना है

जांच संख्या →	1	2	3	4
जांच की तिथि →				
↓ सामान्य परीक्षण				
आयु :				
वजन :				
लम्बाई :				
B.M.I. [वजन (kg) ÷ लम्बाई (mtr.) ²] :				
*हीमोग्लोबिन (%) :				
**श्वसन दर :				
पसली चलना (सिर्फ 0 से 5 वर्ष के बच्चे के लिए):				
नब्ज :				
पढ़ने/समझने में तकलीफ :				

जन्म संबंधी जानकारी (0 से 1 वर्ष तक के बच्चों के लिए) –

जन्म स्थान :..... वजन :..... तरीका :.....

बच्चा तुरंत : रोया ☐ नहीं रोया ☐

बच्चों के लिए टीकाकरण –

जन्म के तुरंत बाद : बी.सी.जी ☐ पोलियो-0 ☐ हिपेटाइटिस-बी 0 ☐

1½ माह : पोलियो-1 ☐ डी.पी.टी.-1 ☐ हिपेटाइटिस-बी-1 ☐

2½ माह : पोलियो-2 ☐ डी.पी.टी.-2 ☐ हिपेटाइटिस-बी-2 ☐

3½ माह : पोलियो-3 ☐ डी.पी.टी.-3 ☐ हिपेटाइटिस-बी-3 ☐

9 माह : खसरा ☐ विटामिन-ए ☐ ☐

16 से 24 माह : डी.पी.टी.बूस्टर ☐ पोलियो बूस्टर ☐ खसरा-2 ☐ जे.ई ☐

विटामिन-ए : 16 माह ☐ 24 माह ☐ 30 माह ☐ 36 माह ☐

डी.पी.टी. बूस्टर (5-6 वर्ष) ☐ टी.टी. (10 वर्ष) ☐

*सामान्य हीमोग्लोबिन 14.5 से 15.5 ग्राम %

**श्वसन दर की सामान्य स्थिति : (0 से 1 वर्ष : 60 से कम) (1 से 5 वर्ष : 50 से कम) (5 से 10 वर्ष : 40 से कम)

उपरोक्त वार्षिक कॉलम में हाँ के लिए (✓) एवं नहीं के लिए (x) का प्रयोग करें तथा समस्या सबसे नीचे की लाईन में अंकित करें।

Signature

केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।

0 to 06 Months

TO BE FILLED BY MEDICAL OFFICER

Number of Checkup →	1	2
Date of Checkup →		
Current Problem		
Umbilicus		
Lethargic		
Ear Problem		
• Pain		
• Discharge		
Mumps		
Respiratory problem		
• Difficulty in Breathing		
Any Congenital Anomalies in		
• Face, Lip, Palate		
• Heart		
• Imperforate Anus		
• Any other		
Disability related to		
• Eye, Ear & Speech		
• Limb		
• Any other		
Investigations suggested		
Any Prescription given by team		
Referral to Higher Centre		
Name of Referral Centre		
Reason for Referral		
Details of Ailment		

उपरोक्त वार्षिक कॉलम में हाँ के लिए (✓) एवं नहीं के लिए (x) का प्रयोग करें तथा समस्या सबसे नीचे की लाईन में अंकित करें।

Signature

Signature

केवल बॉल पेन का प्रयोग करें।

07 Months to 05 Years

TO BE FILLED BY MEDICAL OFFICER

Number of Checkup →	1	2	3	4
Date of Checkup →				
Current Problem				
Umbilicus (Only for 6 to 12 months)				
Lethargic (Only for 6 to 12 months)				
Night Blindness				
Bitot's Spot				
Vision : { Right Left				
Ear Problem				
• Pain				
• Discharge				
Teeth/Oral Problem				
Mumps				
Respiratory Problem				
• Difficulty in Breathing				
Any Congenital Anomalies in				
• Face, Lip, Palate				
• Heart				
• Any other				
Disability related to				
• Eye, Ear & Speech				
• Limb				
• Any other				
Worm Infestation				
Investigations suggested				
Any Prescription given by team				
Referral to Higher Centre				
Name of Referred Centre				
Reason for Referral				
Details of Ailment				

उपरोक्त वार्षिक कॉलम में हाँ के लिए (✓) एवं नहीं के लिए (x) का प्रयोग करें तथा समस्या सबसे नीचे की लाईन में अंकित करें।

Signature of MO

Signature of MO

Signature of MO

Signature of MO