

परिवार नियोजन .....	दर्ता नं.
---------------------	-----------


मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा .....	दर्ता नं.
--------------------------------------	-----------

मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

कुष्ठरोग सेवा .....	दर्ता नं.
---------------------	-----------

मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>					
जिल्ला: .....			स्वास्थ्य संस्थाको नाम: .....		
<b>स्वास्थ्य सेवा कार्ड</b>					
मुल दर्ता नं.		नाम, थर	जाती कोड	लिङ्ग	उमेर
ORC दर्ता नं.					
ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	सम्पर्क नं.	

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह

हरेक पटक आउँदा यो पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह
हरेक पटक आउँदा यो पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।			

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह
हरेक पटक आउँदा यो पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।			