



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर
MALARIA AND KALA-AZAR TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

औलो तथा कालाजार रोगव

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			बिरामीको										स्रोत		गर्भवती	निदान बिधि				निदान मिति			HIV Status	
		ग	म	सा	नाम	थर	जाति कोड*	उमेर		ठेगाना*				सम्पर्क फोन नं.	घरमूलीको नाम	ACD		PCD	माइक्रोस्कोपी विवरण			RDT / RK39	ग	म		सा
								महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल						स्पेसिज /BM	स्टेज /SP	डेन्सिटी /Other					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
																		१				१				१
Total																										

*महल ८: जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

* महल ११: विदेश भएमा देशको नाम लेख्नुहोस्।

