



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

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

**LEPROSY TREATMENT REGISTER**

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

गाउँ/नगरपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर		बिरामीको उमेर	वैवाहिक स्थिति (कोड)		ठेगाना		रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	लप्रा रिट	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना	(Type I, Type II)					
		सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल	जाति कोड*		म	पु	सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति	उपचार
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३			
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

एम.वि.

गैक्सिन	Neuritis	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता (संख्यामा १,२,३.....लेख्ने )											सेयर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	Ulcers (छ/छैन)	सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिहरुको संख्या	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	कैफियत			
			श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.					आ.			सम्पर्क परिक्षण गरिएको व्यक्तिको संख्या	सम्पर्क परिक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	
मिति	उपचार	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																						

## कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर		बिरामीको उमेर	वैवाहिक स्थिति (कोड)		ठेगाना		रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	लेप्रा रिपोर्ट	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना	(Type I, Type II)					
		सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल	जाति कोड*		म	पु	सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			प्रकार	मिति
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३			
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

पि.वि.

गोक्सन		महिना/महिनाको उपचार नियमितता (संख्यामा १,२,३.....लेख्ने )												सप्पेर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	Ulcers (छ/छैन)	सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिहरुको संख्या	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	कैफियत			
Neuritis	आर्थिक वर्ष	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.					सम्पर्क परिक्षण गरिएको व्यक्तिको संख्या			सम्पर्क परिक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या		
मिति	उपचार	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						