



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

पुर्नस्थापना सेवा रजिष्टर
REHABILITATION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

पुनर्स्थापना सेवा र

| सेवा सम्बन्धि जानकारी | | | | सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी | | | | | | ठेगाना/सम्पर्क नं. | | | परीक्षण र निदान (Diagnosis) | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|--------------------|---------|---------------|-----------------------------|---------------|---------|---|
| क्र.स. | मूल दर्ता नम्बर | मिति | पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर | सेवाग्राहीको नाम, थर | जाति (०१-०६) | लिंग (०७-०८) | लिङ्ग (म,पु,यौन अल्पसंख्यक) | विकार/ (Impairment) अपाङ्गता प्रकार (०१-१०) | अपाङ्गता परिचय पत्र (क, ख, ग, घ, छैन) | जिल्ला | | अन्य (विदेशी) | अनुसन्धानमूलक परीक्षण | ICD Code | Chapter | |
| | अन्य सेवा दर्ता नम्बर | (ग/म/सा) | नयाँ/पुरानो | अभिभावकको नाम, थर | | | | | | गा.पा./न.पा | वडा नं. | | | निदानको विवरण | | |
| | टोल | | सम्पर्क नम्बर | | | | | | | | | | | | | |
| | १ | २ | ३ | ४ | | | | | | ५ | ६ | | | ७ | ८ | ९ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| लिङ्ग | उमेर समूह (महल नं ७) | | | | | विकार/अपाङ्गताको प्रकारको आधारमा (महल नं. ९) | | | | | | | | | | अपाङ्गता परिचयपत्रको आधारमा सेवाग्राही (महल नं. १०) | | | | | |
|------------------|----------------------|-----|------|-------|-----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|-------|
| | <१ | १-५ | ६-१७ | १८-५९ | >५९ | ०१ | ०२ | ०३ | ०४ | ०५ | ०६ | ०७ | ०८ | ०९ | १० | जम्मा | क | ख | ग | घ | जम्मा |
| म | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| पु | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| यौनिक अल्पसंख्यक | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| जष्टर | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------|------------|----------|------|------------|----------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------|---|--|---------------------------------|--|--------------------|---------------------------------------|----------------|--------|-------------|
| कार्य क्षमता (Functioning) | | | | | | समस्याको कारणको कोड | सेवाको प्रकार | | | | | | | सहायक सामग्री | | प्रेषण भई आएको संस्थाको अन्य सेवाको कोड | प्रेषण भइ आएको अन्य संस्था/व्यक्तिको नाम | प्रेषण गरिएको अन्य संस्थाको नाम | भर्ना भएको मिति डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा) | कुल भर्ना भएको दिन | सेसन नं एक दिनमा पाएको सेसन संख्या | सेवा पाएको दिन | | |
| बुझ्ने र बुझाउने | रामनिशालता | स्व-हेरचाह | मेलमिलाप | जिवन | क्रियाकलाप | | सहभागिता | फिजियोथेरापी सेवा | वाक् तथा श्रवण सेवा | अकुपेशन थेरापी सेवा | सहायक सामग्री सेवा | चिकित्सकिय सेवा | | मनोपरामर्श सेवा | अन्य सेवा | | | | | | | | आवश्यक | प्राप्त (√) |
| | | | | | | | | | | | | कोड | स्रोतको कोड | | | | | | | | | | कोड | कोड |
| कार्य क्षमताको विवरण | | | | | | उपचार र सल्लाहको बिस्तृत जानकारी | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| १७ | १८ | १९ | २० | २१ | २२ | २३ | २४ | २५ | २६ | २७ | २८ | २९ | ३० | ३१ | ३२ | ३३ | ३४ | ३५ | ३६ | ३७ | ३८ | ३९ | ४० | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

बिकार/अपाङ्गताको प्रकार कोड (महल ९): ०१ - शारीरिक सम्बन्धी, ०२-दृष्टि सम्बन्धी, ०३ सुनाइ सम्बन्धी, ०४- श्रावण सम्बन्धी, ५- स्वर र बोलाइ सम्बन्धी, ०६- मानसिक वा मनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७- बौद्धिक सम्बन्धी, ०८- अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९-अतिज्म सम्बन्धी, १०- बहुअपाङ्गता
समस्याको कारणको कोड (महल २३): ०१-जन्मजात, ०२-दुर्घटना/चोटपटक, ०३-हिंसा,०४-नसर्ने रोग,०५-सर्ने रोग, ०६- हड्डी खिडनु, ०७- अन्य, ०८-थाहा नभएको