



HMIS 5.7

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणाली

प्रदेश:	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका:
जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

पुनर्स्थापना सेवा कार्ड

मुल दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं.	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर

जाति कोड	लिङ्ग	उमेर	अभिभावकको नाम थर	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार

ठेगाना					
प्रदेश	जिल्ला	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका	वडा नं.	टोल	सम्पर्क नं.

नोट: अन्तरंग सेवामा समावेश हुने सेवाग्राहीको लागि भर्ना भएको मिति र डिस्चार्ज भएको मिति लेख्नुपर्नेछ।

भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)

मिति (ग/म/सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गमनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियोथेरापी सेवा	वाक् तथा श्रवण सेवा	अकुपेशन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सीय सेवा	अन्य	मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा

मति (रा./म./सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता					उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियाथेरापी सेवा	बाक् तथा श्रवण सेवा	अकूपेशन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	पि.एम. एण्ड.आर अन्य	चिकित्सकिय सेवा	मनोपरामर्श सेवा

मिति (रा./म./सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियाथेरापी सेवा	बाक् तथा श्रवण सेवा	अकृपेशन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	पि.एम. एण्ड.आर	चिकित्सकिय सेवा	अन्य	मनोपरामर्श सेवा

क्र.स.	मिति	सेसन नं	सेसन संख्या	हस्ताक्षर	क्र.स.	मिति	सेसन नं	सेसन संख्या	हस्ताक्षर
१					१६				
२					१७				
३					१८				
४					१९				
५					२०				
६					२१				
७					२२				
८					२३				
९					२४				
१०					२५				
११					२६				
१२					२७				
१३					२८				
१४					२९				
१५					३०				