

कुष्ठरोग विरामीको सम्पर्क जाँच रजिस्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

प्रदेश:

गाउँपालिका/नगर/उप/महानगरपालिका :

जिल्ला:

मूल विरामीको							सम्पर्क परिक्षण गरेको								कैफियत	
क्र.सं	नाम	ठेगाना	उमेर		रोगको प्रकार		क्र.सं	व्यक्तिको नाम	उमेर		मुल विरामी संगको नाता	परिक्षण मिति (ग म सा)	कुष्ठरोग निदानको अवस्था			
	सेवा दर्ता नं		सम्पर्क नं	म	पु	एम.बी.			पी.बी.	म			पु	हो		होइन
	उपचार सुरु गरेको मिति (ग म सा)	MDT दर्ता नं														
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७