



# किशोर स्वास्थ्य कार्ड



किशोर स्वास्थ्य क्लीनिक का नाम :.....

पंजीकरण सं. : ..... दिनांक : .....

किशोर/किशोरी का नाम :.....

माता/पिता का नाम :.....

आयु : ..... वर्ष                      लिंग : पुरुष/महिला

लम्बाई : ..... से.मी.                      वजन : ..... कि.ग्रा.

बी.एम.आई : ..... हीमोग्लोबिन : ..... विजन : .....

विद्यालय जाने वाले/विद्यालय छोड़ चुके                      वैवाहिक स्थिति : विवाहित/अविवाहित

स्वास्थ्य समस्या (केवल शारीरिक स्वास्थ्य संबंधी काउंसलर द्वारा भरी जाएँ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

उपचार (चिकित्सक द्वारा भरा जाए) .....

.....

.....

.....

.....

काउंसलर द्वारा परामर्श .....

.....

.....

.....

फालोअप – हाँ/नहीं

फालोअप का विवरण

| दिनांक | वर्तमान समस्या | उपचार/परामर्श |
|--------|----------------|---------------|
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |
|        |                |               |

संदर्भन विवरण .....

.....

.....

.....

|                      |
|----------------------|
| परामर्शदाता का नाम : |
| मोबाईल न. :          |