
 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा								
१. संस्थाको नाम, ठेगाना:			२. सम्पर्क नं.			मिति: ... / ... / २० ...		
३. सेवाग्राहीको नाम, थर:			४. लिङ्गः		५. उमेरः			
६. ठेगाना: जिल्ला:		नगर/गाउँपालिका:			वडा नं.			
७. लिइरहेको सेवा:		८. सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति:		/ /		(ग.म.सा.)		
९. अवस्था:	BP	Pulse	Temp	Respiration	Weight (kg)	Height (cm)	MUAC (mm)	Edema on both Feet
								(+ / ++ / +++)
१०. उपचार विधि वा रेजिमेन:					क्षयरोगका बिरामीको लागि थप बिबरण			
११. प्रयोग भएको औषधी:					क्षयरोगको प्रकार:			
१२. अन्य परिक्षण गर्नपर्ने भए उल्लेख गर्ने:					दर्ता बर्गिकरण:			
१३. स्थानान्तरण/प्रेषण गरिनुको कारण:					खकार परिक्षण नतिजा			
१४. अन्य केही भए उल्लेख गर्ने:					मिति		ल्याब नं.	परिणाम
					अन्य परिक्षणको नतिजा			
श्री यस संस्थामा सेवा लिन आएका उपरोक्त विवरण भएका व्यक्तिलाई आवश्यक सेवाका लागि त्यहाँ पठाइएको छ। सम्पर्क गर्न आएपछि फिर्ता जानकारी पठाई दिन हुन अनुरोध छ। प्रेषण / स्थानान्तरण गर्नेको नाम: पद: सही:								
नोट: सेवा लिन आउने बिरामीहरुसेवाग्राहीहरु तोकिएको सेवा लिन अनुकूल पर्ने गरी स्थानान्तरण प्रेषण गर्नु पर्दा यो फाराम प्रयोग गर्नु पर्दछ।								

 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा			
(सेवा दिएको विवरण तथा फिर्ती जानकारी) मिति: ... / ... / २० ...			
फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था श्री ...			
सेवाग्राहीको नाम, थर:			
लिङ्गः	उमेरः	ठेगाना:	जिल्ला:
नगर/गाउँपालिका:		वडा नं.	
सम्पर्क गर्न आएको मिति:		... / ... / २० ...	
दिइएको सेवा:			
फिर्ती जानकारी दिनेको नाम:			
पद:	सही:		
		मिति: ... / ... / २० ...	
फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम:			
ठेगाना:	जिल्ला:	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.