



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	पि.एम. एण्ड.आर अन्य	चिकित्सकीय सेवा	मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा

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

मिति (ग/म/सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	सामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियथेरापी सेवा	वाक् तथा श्रवण सेवा	अभ्युपेक्षण- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सकिय सेवा		मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा
											पि.एम. एण्ड.आर	अन्य		

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				