

ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය ශිෂ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවය
UNIVERSITY OF SRI JAYAWARDENEPURA STUDENT HEALTH SERVICE

HEALTH HISTORY AND EXAMINATION FORM
සෞඛ්‍ය විස්තර ලේඛනය

Student Registration No

This information is strictly for the use of University Health Service and will not be released to anyone without Your knowledge and consent. Please hand over the completed form directly to the Chief Medical Officer, University of Sri Jayawardanapura, Nugegoda after registration at the University and obtain a receipt.

Part 1 of the form should be completed by the student and Part II should be completed by M.B.B.S. qualified registered Medical Practitioner and it should be signed and stamped.

මෙහි අන්තර්ගත විස්තර ශිෂ්‍ය සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ භාවිතය සඳහා පමණක් යොදාගනු ලැබේ. එහි අන්තර්ගත කරුණු ඔබගේ අවසරය නොමැතිව කිසිවෙකුටත් හෙළි කරනු නොලැබේ. සම්පූර්ණ කරන ලද මෙම පත්‍රිකාව ඔබ විශ්ව විද්‍යාලයේ ලියාපදිංචි වූ පසු ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්ව විද්‍යාලයේ වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ ප්‍රධාන වෛද්‍ය නිලධාරී වෙත ඩාර දී අදාල පොතෙහි සටහන් කළ යුතුය.

මෙම පත්‍රිකාවේ I වන කොටස ඔබ විසින් සම්පූර්ණ කර අත්සන් කළයුතු අතර II කොටස, එම්.බී.බී.එස්. සහතිකය දරණ වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි වෛද්‍ය වරයෙකු විසින් සම්පූර්ණ කර අත්සන් තබා මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.

PART I

To be completed by the student / ශිෂ්‍ය ඔබ විසින් සම්පූර්ණ කළයුතු කොටස

(1) General Information

- * Full Name / සම්පූර්ණ නම :
-
- * Faculty / පීඨය :
- * Sex / ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය :
- * Date / of Birth / උපන්දිනය :
- * Religion / ආගම :
- * Single / Married / විවාහක / අවිවාහක :
- * District which you live / ඔබ පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :
- * Home Address / ගෙදර ලිපිනය :
-
- * Home Telephone / ගෙදර දුරකථන අංකය :
- * Father's Name / පියාගේ නම :
- * Alive / ජීවත්ව සිටීද :
- * Occupation / රැකියාව :
-
- * Mother's Name / මවගේ නම :
- * Alive / ජීවත්ව සිටීද :
- * Occupation / රැකියාව :
- * Number of Siblings / සහෝදර සහෝදරියන් ගණන :

Photograph/ ඡායාරූපය අලවන්න.

- * Family Income / Monthly / පවුල් ආදායම / මාසිකව
(Income from all Sources / සියලුම මාර්ගවල ආදායම) < Rs. 5,000/-
Rs. 5,000/- - 10,000/-
> Rs. 10,000/-
- * Last School Attended and the District /
අවසන් වරට ගිය පාසැල සහ දිස්ත්‍රික්කය
- * Type of school / මෙයින් කුමන වර්ගයේ පාසැලක්ද ?
National School / Central College / Maha Vidyalaya / Private / Pirivena / Others.
ජාතික පාසැල / මධ්‍ය මහා විද්‍යාලය / මහා විද්‍යාලය / පුද්ගලික / පිරිවෙන / අනිකුත්
- * Extra curricular activities during the school days / Sports / Music / Dancing / Leadership /
Religious work / Arts / None.
පාසැල් කාලය තුළදී ඔබ සහභාගි වූ බාහිර ක්‍රියාකාරකම් / ක්‍රීඩා / සංගීතය / නැටුම් / නායකත්වය / ආගමික /
කලා / කිසිවක් නැත.
- * Person to notified in case of emergency / හදිසි අවස්ථාවකදී දැනුම් දිය යුත්තේ කානට ද?
Name / නම :
Address / ලිපිනය :
Telephone / දුරකථන අංකය :
Relationship / ඔහු හෝ ඇය ඔබගේ කවිද ?

(2) Medical History

A. Family Medical History

If any of your blood relatives (Parents, Grandparents, Siblings, Childrens etc.) have or had any of the following diseases. Check appropriate box.

ඔබේ ලේ නෂ්ටයන් (උදා: දෙමාපියන්, මවගේ හා පියාගේ දෙමාපියන්, සහෝදර සහෝදරියන් දරුවන්) පහත දැක්වෙන අන්දමේ රෝගී තත්ත්වයකින් පෙළී ඇත්නම් එම රෝගී තත්ත්වය ඉදිරිපිට කොටුවේ.....
යොදන්න.

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| * Alcohol / drug problems / මත්පැන් මත්ද්‍රව්‍ය භාවිතය නිසා ඇතිවන ප්‍රශ්න. | ☐ | |
| * Asthma / ඇදුම | ☐ | * High blood pressure / රුධිර පීඩනය |
| * Cancer/ පිළිකා | ☐ | * Mental illness / මානසික දුර්වලතා |
| * Diabetes / දියවැඩියා | ☐ | * Migraine / ඉරුවාරදය |
| * Epilepsy / Seizures | ☐ | * Tuberculosis / ක්ෂය රෝගය |
| මීමැස්මොරය / වලිප්පුව | | * Arthritis / හන්දි අමාරු |
| * Heart diseases / හදවත් රෝග | ☐ | * Other (Specify) / වෙනත් |
| * Hereditary disorder / | ☐ | * None / කිසිවක් නැත. |
| පාරම්පරික රෝග | | |

B. Student Medical History / ශිෂ්‍ය වෛද්‍ය තොරතුරු

Check any of the following that are, or has been significant concern to you.

පහත දැක්වෙන අන්දමේ රෝගී තත්ත්වයකින් පෙළී ඇත්නම් එම රෝගී තත්ත්වය ඉදිරිපිට කොටුවේ
යොදන්න.

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| * Alcohol / Drug Problems / | ☐ | * Epilepsy / Seizures | ☐ |
| මත්පැන් / මත්ද්‍රව්‍ය භාවිතය | | මීමැස්මොරය / වලිප්පුව | |
| * Asthma / ඇදුම | ☐ | * Allergies / අසාත්මිකතාවය | ☐ |
| * Arthritis / හන්දි අමාරු | ☐ | * Mental illness / මානසික රෝග | ☐ |
| * T. B / ක්ෂය රෝගය | ☐ | * Anaemia / නිරක්තය | ☐ |
| * Diabetes / දියවැඩියා | ☐ | * Any other (specify) / අනිකුත් | ☐ |
| * Heart diseases / හදවත් රෝග | ☐ | * None / කිසිවක් නැත. | ☐ |

C. Drug Allergies / ඖෂධ අසාත්මිකතාවය

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| * Aspirin/ ඇස්පිරින් | ☐ | * Penicillin / පෙනිසිලින් | ☐ |
| * Sulphur/ සල්ෆර් | ☐ | * Other medications (specify) / වෙනත් ඖෂධ | ☐ |
| * Food / ආහාර | ☐ | | |

D. Miscellaneous History / වෙනත් කරුණු

1. Was your schooling interrupted due to any illness?
ඔබේ පාසැල් ගමන කිසියම් රෝගයක් නිසා අතරමග නතරවී තිබේද?
2. Do you have any problems concerning financial / social / family / sex / studies ?
Please underline the type of problem if any.
මුදල් ප්‍රශ්න, සාමාජික ප්‍රශ්න, ගෙදර දොර ප්‍රශ්න, ලිංගික ප්‍රශ්න හා අධ්‍යාපනය පිළිබඳ ඔබ යම් පීඩාවකින් පෙළෙන්නේද?
එසේනම් එම කරුණ යටින් ඉරක් ඇඳින්න.
3. Have you worked /followed an outside course,before coming to the University?
ඔබ විශ්ව විද්‍යාලයට ඇතුළත්වීමට පෙර රක්ෂාවක හෝ වෙනයම් ඉගෙනීමක නියුතු වුවාද?
4. Have you passed the Grade 5 Scholarship ? / ඔබ 5 වන පන්තියේ ශිෂ්‍යත්වය සමත් වුවාද?.....
5. Do you smoke cigarettes? / ඔබ දුම් බොනවාද?
Do you take alcohol / ඔබ මත්පැන් පාවිච්චි කරනවාද?.....
Have you taken Narcotic drugs / ඔබ මත් ද්‍රව්‍ය පාවිච්චි කර තිබෙනවාද?
6. Have you ever attempted suicide? /
ඔබ කිසියම් අවස්ථාවක සියදිවි නාතිකර ගැනීමට තත්කර තිබේද?

E. Disability / ආබාධිත තත්වය

Do you believe that you have a disability that in any requires you to receive special consideration from the University.

විශ්ව විද්‍යාලය මගින් විශේෂ අනුග්‍රහයක් ලැබිය යුතු ආබාධිත තත්වයකින් පෙළෙන්නවාද?

If so, please indicate the type of disability and give a brief description below.

එසේනම් එම ආබාධිත තත්ත්වය කුමක්දැයි සඳහන් කර ඒ පිළිබඳ කෙටියෙන් දක්වන්න.

Visua

Speech

Hearing

Physical

F.

Vaccinations	Date											
BCG												
OPV												
DPT												
Measles												
MR/MMR												
PT/ADT/TT												
Rubella												
Hepatitis B												
Chickenpox												

Signature of the student / ශිෂ්‍ය අත්සන

PART II

To be completed by the doctor.

Physical Examination.

A. General Medical Information

Heightft.....in, Weight.....Lbs. BMI / Ideal Weight For Height

Visual acuity : Right eye : Uncorrected...../..... near vision
(required) Corrected/..... colour vision

Left eye: Uncorrected/.....
 Corrected/.....

Hearing Speech

Use a check Mark (✓) to indicate normal

Eyes / pupils	Lungs	Abdomen / hernia
Mouth / teeth		Testicles
Neck / thyroid		Skin
Blood pressure/.....		Breasts
Heart		Pulse

B. Orthopedics (Including ranges of motion, surgical scars, and anomalies)

Use a check Mark (✓) to indicate normal

Neck	Elbows.....	Knees.....
Back	Hands	Ankles.....
Shoulders	Hips	Feet.....

C. Clinical Tests: Chest X -ray.....
 Hemoglobin.....g/dl Blood group.....

D. Does the student NEED REFERRAL to a specialist regarding any medical condition?

If so, what is the condition?
.....

E. Doctor's Signature

Must be completed by the doctor.

Note: Doctor's signature indicates that doctor has verified all medical information provided in

Part II

Doctor's Name Telephone

Doctor's Signature Date

Address.....