

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ
ಕಡ್ಡಾಯ ಜೀವ ವಿಮೆ
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ವರದಿ

1. ಮನವಿದಾರರ ಹೆಸರು :

ವಿಳಾಸ:

ಪಿನ್:

ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ:

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ

ಈಗಿನ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು:

2. ಮನವಿದಾರರ ಎತ್ತರ :

ಮನವಿದಾರರ ತೂಕ :

ನಾಡಿ ಮಿಡಿತದ ದರ(ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ) :

ಉಸಿರಾಟದ ವೇಗ (ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ) :

ರಕ್ತ ಒತ್ತಡ

ಕುಗ್ಗಿದಾಗ

ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ

ನಾಡಿ ಒತ್ತಡ

ಸೂಚನೆ

ವಿ.ಸೂ. ಸಂಕೋಚನಗೊಂಡ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 140 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 90 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ 5 ನಿಮಿಷಗಳ ನಂತರ ನೆಟ್ಟಗಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ (ರೀಡಿಂಗ್) ಅಳತೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

3.ಅ) ಮನವಿದಾರರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದರೇ?

ಆ) ಅಪಘಾತಕ್ಕೆ ಈಡಾಗಿದ್ದರೇ?

ಇ) ಅವರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಂ, ಇ.ಇ.ಜಿ, ಕ್ಷಕಿರಣ, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂ.ರ್ಟ.ಐ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಅಗೋಚರ ಕಿರಣ ದರ್ಶಕದ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ) ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಅವರು ಯಾವುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ (ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆ 4 ರಿಂದ 15 ರವರೆಗಿನ) ಉತ್ತರ 'ಹೌದು' ಎಂದಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ವಿವರ ಕೊಡಿ

	ಹೌದು ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿ	ಪೂರ್ಣ ವಿವರ
4. ಎದೆ, ಹೃದಯ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಯಾವುದಾದರೂ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
5. ಹಲ್ಲು, ಒಸಡು, ನಾಲಿಗೆ, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಗಂಟಲು ಅಥವಾ ಕಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಚಿಹ್ನೆ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
6. ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಕೊರತೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಾರವಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
7.ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಸೋರುವಿಕೆ, ಡೈರಾಯಿಡ್ ಅಥವಾ ದುಗ್ಧ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಗಾಯದ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆಗಳಿವೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
8. ಲಿವರ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪ್ಲೀನ್ ಗೊಡ್ಡದಾಗಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
9. ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಸಹಜತೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
10. ಹರ್ನಿಯಾ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	

11. ಜನನಾಂಗ, ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಹಜತೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆ ಏನಾದರೂ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
12. ನರವ್ಯೂಹಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಯಾವುದಾದರೂ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
13. ಮನವಿದಾರರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
14. ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಆದ ಗಾಯದ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
15. ಮನವಿದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಕಂಡುಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
16. ಈ ಕಾಲಂ ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ: ಅ) ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆಯೇ ಆ) ಗರ್ಭ ಧರಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸುಳಿವು ಅಥವಾ ಸಂಶಯ ನಿಮಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆಯೇ? ಆಗಿದ್ದರೆ ಅವಧಿ ತಿಳಿಸಿ ಇ) ಜೈವಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಶಯ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಕೋಶದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಗುರುತಿಸುವಿರಾ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
17. ಮನವಿದಾರರ ಜೀವವನ್ನು ಉತ್ತಮವೆಂದು ನೀವು ಪರಿಗಣಿಸುವಿರಾ? ಹಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	

Doctor Details

KGID No

KMC/ IMC Code

Name of the Doctor

Designation

Name of the office

Place of the office

ಮನವಿದಾರರು ಮಹಿಳೆಯಾಗಿದ್ದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರೆ

ಮನವಿದಾರರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮತಿ

ಆದ ನಾನು ಸಹಾಯ

ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸೂಲಗಿತ್ತಿ/ನರ್ಸ್/ದಾದಿಯ ಸಹಿ
ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:

- 1) ಮನವಿದಾರರು 40 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಂತು ರೂ.1000/- ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆಯ ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮನವಿದಾರರನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
- 2) ಮನವಿದಾರರನ್ನೂ ಅವರ ಮಾದರಿ ಸಹಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇರೆಗೆ ಖಾತರಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಸವಿವರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ಪಷ್ಟ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವರದಿಯನ್ನು ಇಲಾಖೆಗೆ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- 3) ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಹಿಯೊಂದಿಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಶಾಯಿಯಿಂದ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಬರೆಯತಕ್ಕದ್ದು.

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಮನವಿದಾರರನ್ನು ಈ ದಿನ ನಾನೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನನ್ನ ಕೈಬರಹದಲ್ಲಿಯೇ ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಕಾಲಂ 3ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ

ವೈದ್ಯರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವಾ ಅವಧಿ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ಸಹಿ